

<参考資料>

様式一覧



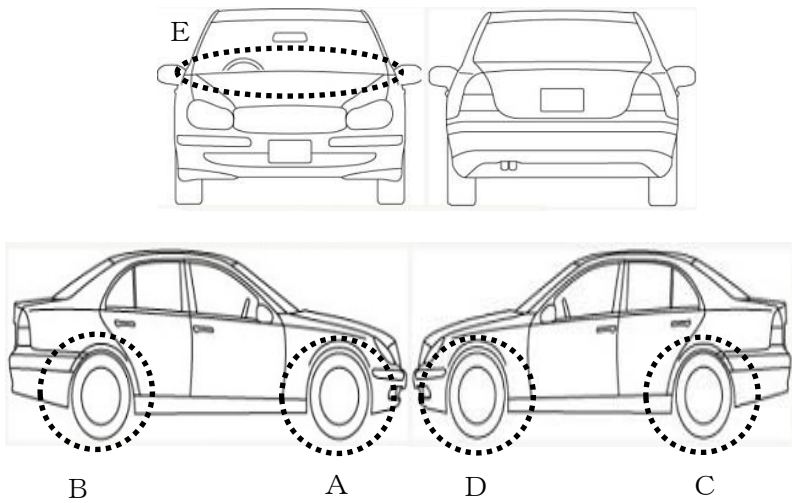
## 避難退域時検査記録票（車両用）

車両番号	※車両を一時保管する場合のみ記入	
	(フリガナ) 所有者名	
乗員数	人	
	住所	
	連絡先	

検査日時	平成 年 月 日 時 分	検査場所			
検査方法	<input type="checkbox"/> ゲートモニタによる検査 <input type="checkbox"/> 要員による検査	サーベイメータ管理番号	<input type="checkbox"/> 富士電機 <input type="checkbox"/> 日立アロカ	バックグラウンド(BG)計数率 _____cpm(※3)	
検査要員		記録要員		除染要員	
簡易除染の方法	<input type="checkbox"/> 拭き取り <input type="checkbox"/> 流水の利用				
部 位	指定箇所検査 (※1)	確認検査① (※1,2)	確認検査②(※2) (1回目の簡易除染後)	確認検査③(※2) (2回目の簡易除染後)	最終の 検査結果
A 右タイヤ前	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
B 右タイヤ後	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
C 左タイヤ後	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
D 左タイヤ前	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
E ワイパー	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
F	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
G	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
H	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
I	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
J 車内全体	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG

 車  
両  
検  
査  
記  
録  
員  
記  
入  
欄

最終の検査結果で基準値以上の箇所があった場合、図示し数値を記入のこと  
 車内検査で基準値以上の箇所があった場合（必要に応じて記入）



※1 時定数3秒、検出器の移動速度10cm/秒、表面からの高さ数cmで計測の場合は6,000cpm  
 ※2 皮膚から数cmで検出器を固定(時定数の3倍以上)した場合は40,000cpm  
 ※3 汚染検査前に確認。以後、検査1人終了ごとにBGが変化していないか確認（必要に応じて検出器の交換）  
 ※4 代表者の確認検査値が基準を超えた場合のみ

## 記 入 及 び 検 査 要 領

### ○車両検査について

- ・タイヤが4輪以上の場合や、ワイパー車両の前部後部にある場合には、空欄のF～Iに適宜記入する。

### ○車内検査について

- ・基本的に、車内全体を検査する。
- ・代表者の確認検査値が基準を超えた部位と接触の可能性がある車内箇所にも着目して検査する。

### ○記録票の取扱いについて

# 避難退域時検査記録票（住民用）

（ 自家用車 ・ バス ）

車両番号  
（自家用車のみ記入）

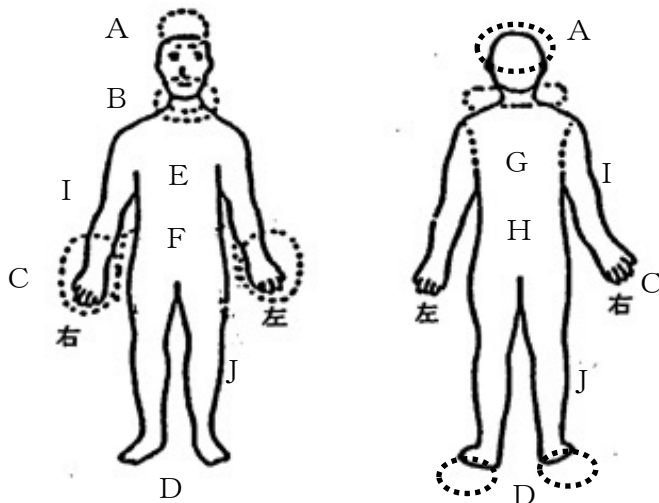
フリガナ		性 別	男 ・ 女 （ □妊婦 ）
氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日生
		年 齢	歳
現住所	市 番 号 町		
連絡先	□自宅 □携帯		

検査日時	平成 年 月 日 時 分	検査場所			
検査方法	<input type="checkbox"/> ゲートモニタによる検査	サーベイメータ管理番号	<input type="checkbox"/> 富士電機	バックグラウンド(BG)計数率 _____cpm (※3)	
	<input type="checkbox"/> 要員による検査		<input type="checkbox"/> 日立アロカ		
検査要員		記録要員		除染要員	
検査対象者	□代表者 □代表者以外の住民		除染方法	□脱衣 □拭き取り □流水の利用	
部 位	指定箇所検査 (※1)	確認検査① (※1,2)	確認検査②(※2) (1回目の簡易除染後)	確認検査③(※2) (2回目の簡易除染後)	最終の 検査結果
A 頭部	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
B 顔, 首, 肩	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
C 手・指, 掌	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
D 靴底	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
E 胸部	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
F 腹部	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
G 背部	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
H 腰部	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
I 上肢	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
J 下肢	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
K 携行物品	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG

検査記録員記入欄

最終の検査結果で基準値以上の箇所があった場合、図示し数値を記入のこと

携行物品で基準値以上の箇所があった場合（必要に応じて記入）



□所有者保有 □一時保管 □所有権放棄

※1 時定数3秒，検出器の移動速度10cm/秒，表面からの高さ数cmで計測の場合は6,000cpm  
 ※2 皮膚から数cmで検出器を固定(時定数の3倍以上)した場合は40,000cpm  
 ※3 汚染検査前に確認。以後，検査1人終了ごとにBGが変化していないか確認（必要に応じて検出器の交換）

## 記 入 及 び 検 査 要 領

○確認検査について

- ・確認検査での記入は、基準値以上の箇所がある部位の欄にのみ数値を記入する。

○携行物品について

- ・対象となる物品の表面全面を検査する。
- ・スーツケース、鞆、袋等密閉されたものは開封して検査する必要はない。

○記録票の取扱いについて

## 避難退域時検査記録票（車椅子用）

(フリガナ) 所有者名	
住 所	
連 絡 先	

車 両 検 査 記 録 員 記 入 欄	検査日時	平成 年 月 日 時 分	検査場所			
	検査方法	要員による検査	サーバイメータ管理番号	<input type="checkbox"/> 富士電機 <input type="checkbox"/> 日立アロカ	バックグラウンド(BG)計数率 _____cpm(※3)	
	検査要員		記録要員		除染要員	
	簡易除染の方法	<input type="checkbox"/> 拭き取り <input type="checkbox"/> 流水の利用				
	部 位	指定箇所検査 (※1)	確認検査① (※1,2)	確認検査②(※2) (1回目の簡易除染後)	確認検査③(※2) (2回目の簡易除染後)	最終の 検査結果
	A 右ハンドル	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
	B 右肘掛け	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
	C 右車輪	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
	D 左ハンドル	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
	E 左肘掛け	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG
F 左車輪	OK ・ NG	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG	
G 足置き	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG	
H	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG	
I	/	cpm	cpm	cpm	OK ・ NG	
最終の検査結果で基準値以上の箇所があった場合、図示し数値を記入のこと			備考			
<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">(右側)</div> <div style="text-align: center;">(左側)</div> </div> 						

- ※1 時定数3秒、検出器の移動速度10cm/秒、表面からの高さ数cmで計測の場合は、6,000cpm
- ※2 皮膚から数cmで検出器を固定(時定数の3倍以上)した場合は、40,000cpm
- ※3 汚染検査前に確認。以後、検査1人終了ごとにBGが変化していないか確認(必要に応じて検出器の交換)
- ※4 代表者の確認検査値が基準を超えた場合のみ





		No. (車)	
通 過 証			
通過年月日	平成	年	月 日
代表者氏名及び人数	計 名		
車両ナンバー	—		
<p>上記の者が避難退域時検査場所を通過したことを証明する。</p> <p style="text-align: center;"><u>鹿児島県 災害対策本部 ○○○検査場 (△△市□□□町)</u></p>			

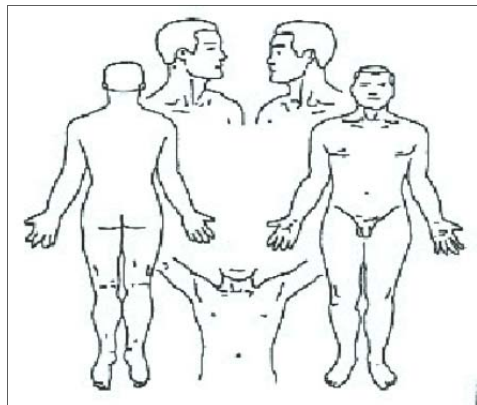




個別傷病者連絡票（関係機関共通）

個別傷病者連絡票 第（ ）報 **取り扱い注意！**

1. 氏名 (フリガナ )  
性別 (男性、女性)  
年齢 ( 歳)  
所属会社、部署 ( )  
連絡先 (所属会社 TEL 、自宅 TEL )
2. 事故に遭った状況 (作業中の外傷、作業中の急病、爆発、火災、不明)
3. 意識 (有、もうろう、無、不明)  
血 圧 ( / mmHg、測定不能、不明)  
脈拍数 ( /分、脈が触れない、不明)  
呼吸数 ( /分、呼吸していない、不明)  
体 温 ( °C、測定不能、不明) ( 時 分現在)
4. 傷病者の状態 (右空白に外傷部位、症状部位、出血部位、放射性物質の汚染部位とその測定最高値を記載する)



5. 被ばく、放射性物質による汚染の有無と対応  
被ばく (有、無、不明)  
放射性物質による汚染 (有、無、不明)  
体内汚染の可能性 (有、無、不明)  
推定各種 ( 、不明)  
脱衣状況 (衣服着用、一部衣服着用、脱衣完了)
6. 報告者、記載者  
氏名  
所属  
職種 (医師、看護師、放射線管理要員、労務担当、その他)  
記入年月日 年 月 日 ( ) 時 分

- ・使用目的：傷病者一人一人に関する詳細な情報連絡に用いる。(個人情報となるため取り扱いには注意が必要である。)
- ・使用時期：事故の詳細および傷病者の詳細について、確認ができた時に用いる。
- ・発信元・先：原子力事業所等 → 全ての関係機関





住 所	
氏 名	
生年月日	(満 歳)
性 別	

あなたの年齢は

新生児  生後1月以上3歳未満  3歳以上小学6年生以下  中学1年生以上

連絡先	—	—
-----	---	---

服用不適項目	回答欄		チェック欄
1 今までに安定ヨウ素剤の成分又はヨウ素に対し過敏症があると言われたことがありますか。  (ポピドンヨード液(うがい薬に含まれます)及びルゴール液の使用後並びにヨウ化カリウム丸の服用後にじんま疹や呼吸困難や血圧低下などのアレルギー反応を経験したことがありますか)	はい	いいえ	
慎重投与項目	回答欄		チェック欄
2 今までにヨード造影剤過敏症(造影剤アレルギー)と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
3 今までに甲状腺の病気(甲状腺機能亢進症、機能低下症)があると言われたことがありますか。	はい	いいえ	
4 今までに腎臓の病気や腎機能に障害があると言われたことがありますか。	はい	いいえ	
5 今までに先天性筋強直症と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
6 今までに高カリウム血症と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
7 今までに低補体血症性じんま疹様血管炎と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
8 今までに肺結核(カリエス、肋膜炎などを含む)と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
9 今までにジューリング疱疹状皮膚炎と言われたことがありますか。	はい	いいえ	
10 現在、以下のお薬をお使いですか。 (「はい」の方は、該当する薬品にチェックを入れてください。)	はい	いいえ	
<input type="checkbox"/> カリウム含有製剤、カリウム貯留性利尿剤、エプレレノン <input type="checkbox"/> リチウム製剤 <input type="checkbox"/> 抗甲状腺薬(チアマゾール、プロピルチオウラシル) <input type="checkbox"/> ACE阻害剤、アンジオテンシンⅡ受容体拮抗剤、アリスキレンフマル酸塩			

確認項目	回答欄		チェック欄
1 安定ヨウ素剤の効能・効果(どのように、何に効くなど)について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
2 安定ヨウ素剤の服用方法(飲み方、飲むタイミング)について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
3 安定ヨウ素剤服用以外の放射線防護、原子力防災について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
4 安定ヨウ素剤を飲むことによって得られる利益(甲状腺がんのリスクが低下する程度など)について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
5 安定ヨウ素剤の副作用を含め、リスクについて説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
6 併用した場合に使用に注意する薬品について説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	
7 安定ヨウ素剤を飲まない場合の対応方法や予想される結果などについて説明を受け、理解しましたか。	はい	いいえ	

説明会参加確認印欄

医師指示欄

受 領 書
<p>安定ヨウ素剤の服用に関する注意事項の説明を受け、副作用の可能性についても理解し、安定ヨウ素剤を受け取りました。</p> <p>また、受け取った安定ヨウ素剤は、第三者に譲り渡さず、<u>転出、死亡等で不要になった場合には返却を行います。</u></p>
平成 年 月 日
受領者署名

**注意**

代理受領の方へ

ご家族の分を代理で受領される方は、ご家族の分の必要事項が記載されたこの書類をお持ちください。

なお、受領後、ご家族の方が服用不適項目に該当することが判明した場合には薩摩川内市市民福祉部市民健康課(Tel0996-22-8811)まで連絡の上、安定ヨウ素剤を返却くださるようお願いします。



## 安定ヨウ素剤配布に係る確認票

以下の太線で囲っている箇所を記入してください。

ふりがな				性 別	男・女
氏 名					
生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	生まれ
年 齢	歳	該当する□に「レ」を記入してください。 <input type="checkbox"/> 13歳以上（丸剤2丸） <input type="checkbox"/> 3歳以上13歳未満（丸剤1丸） <input type="checkbox"/> 生後1ヶ月以上3歳未満（ゼリー剤32.5mg） <input type="checkbox"/> 新生児（ゼリー剤16.3mg）			
住 所					

以下の項目について、該当する□に「レ」を記入してください。

今までにヨウ素アレルギーと言われたことがありますか。 （ポピドンヨード液及びルゴール液使用后、ヨウ化カリウム丸服用後に、じんましん、呼吸困難、血圧低下等のアレルギーを経験したことがありますか。）	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない
安定ヨウ素剤の受け取りを希望しますか。	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

.....

### 安定ヨウ素剤配布要員記入欄

確認日時	月 日	時 分	確認者名
確認場所			
配布結果	<input type="checkbox"/> 丸剤2丸 <input type="checkbox"/> ゼリー剤（16.3mg） <input type="checkbox"/> 配布せず	<input type="checkbox"/> 丸剤1丸 <input type="checkbox"/> ゼリー剤（32.5mg）	
特記事項			







処理者

## 原子力災害時 健康相談記録

相談日	平成 年 月 日 ( )	相談方法	電話 ・ 面接 ・ 文書 ・ その他 ( )
氏 名	( 才 )	性 別	男 ・ 女
住 所	(TEL )		
	避難対象地区 ・ 屋内退避地区 ・ その他の地区 ・ 不明 ( )		
相談種別	健康不安 ・ 飲食物 ・ 残存放射性物質 ・ 事故状況 ・ その他 ( )		
相 談 内 容			
対 応	電話対応のみ	後日回答	後日訪問
	他協力機関紹介 ( )		
	医療機関紹介 ( )		
	その他 ( )		
備 考			



## 汚染検査記録票（処置室）

検査日時	年    月    日    時    分
医療機関名	
測定者	
測定機器（型式・番号）	
BG 計数率	cpm
換算計数	

汚染防止に使用した防水シート等の回収	有 ・ 無
--------------------	-------

	測定場所	汚染の有無	計測計数率 ※	備考
1	床面	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
2	壁面	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
3	その他	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		

※ 計測計数率の欄は、BG と同等レベルに収まらない場合のみ記入する。

※ 汚染があり、除染後、再測定を行った場合は、その下欄又は備考欄にその旨記載する。

※ 計測率については、本様式の表に代えて、図面を用い、記載してもかまわない。

検査者 \_\_\_\_\_ 印

## 汚染検査記録票（車両及びヘリコプター等）

検査日時	年    月    日    時    分
医療機関名	
測定者	
測定機器（型式・番号）	
BG 計数率	cpm
換算計数	

汚染防止に使用した防水シート等の回収	有 ・ 無
--------------------	-------

	測定場所	汚染の有無	計測計数率 ※	備考
1	床面	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
2	側面	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
3	ストレッチャー	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
4	その他	有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		
		有 ・ 無		

- ※ 計測計数率の欄は、BG と同等レベルに収まらない場合のみ記入する。
- ※ 汚染があり、除染後、再測定を行った場合は、その下欄又は備考欄にその旨記載する。
- ※ 計測率については、本様式の表に代えて、図面を用い、記載してもかまわない。

検査者 \_\_\_\_\_ 印