

放射線被ばく 問診票

相談にお越しになられた方について教えてください。

氏名: (名字だけ、呼び名、でも結構です)

年齢: 20代 / 30代 / 40代 / 50代 / 60代以上

お住まい: 田辺市 / 白浜町 / 上富田町 / みなべ町 / 他県内() / 県外()

今回のご相談内容は、どういった項目ですか？

- 医療被ばく レントゲン / CT / 透視(消化器・整復など) / カテーテル検査・治療
放射線治療 / マンモグラフィ / 核医学検査 / デンタル
- 災害被ばく 福島第一原発事故 その他の災害被ばく()
- 日常被ばく 飲食物 / 住まい / 環境 / その他()
- その他 ()



上記内容の対象者はどなたですか？

(例: 子どもがレントゲン検査を受けたことについて → 子ども にチェック)

- 相談者自身 配偶者 子ども(歳) その他親族(親など)
- 友人 その他()

おおまかで結構ですので、相談したい内容を教えてください。

- 発がん 生殖腺への影響/妊娠・発育 他 健康への影響 など



“放射線”と言われたら、どのようなイメージをお持ちですか？

- 怖い 危険 原発事故 体に悪そう がんになる
- 蓄積される 妊娠に悪影響 レントゲン CT 治療
- 便利・有益 必要不可欠
- その他()



ここで知り得た情報は、個人情報保護法に基づき、確実に守られます。

様々な情報が交錯するこの時代、相談に至るまではいろいろな思いがあったと思います。

“相談”と堅苦しく思わず、どうぞ肩の力を抜いて、聞きたいこと、伝えたいことを教えてください。

