

PFAS問診票

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

PFAS検査は何回目ですか。 初回 ・ 2回目 ・ ()回目

氏名 () フリガナ () 電話・携帯 ()

年齢 ()歳 (西暦 _____ 年 _____ 月 _____ 日) 性別 ()

身長 ()cm 体重 ()kg

1、居住歴

・現在の住所に住んで、何年ぐらいですか。

_____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

・以前住んでいた地域はどこですか。古い順から記入して下さい。

① _____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

② _____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

③ _____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

④ _____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

⑤ _____ 都道府県 _____ 市・町・村 _____ 町 (_____ 年～ _____ 年間)

2、職業歴

① PFAS含有の泡消化剤に関わる仕事の経験ありますか。 (はい ・ いいえ)

② PFASを扱う工場などで働いていましたか。 (はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は、いつ頃、どこで、使用または扱われましたか。

【 _____ 】

③ 仕事内容・勤務地・勤務年数を教えてください。(無職の方は、以前の仕事を記入)

・現在の仕事 () 勤務地 () 勤務年数 (_____ 年)

・以前の仕事 () 勤務地 () 勤務年数 (_____ 年)

・以前の仕事 () 勤務地 () 勤務年数 (_____ 年)

・以前の仕事 () 勤務地 () 勤務年数 (_____ 年)

3、飲料水は、主に使用しているのはどれですか。

①水道水

②ペットボトルなど購入 (いつ頃から _____)

③井戸水 (いつ頃 _____)

※【ウラ面もありますのでよろしくお願いいたします。】

4、浄水器を使用していますか。 (はい ・ いいえ)

① ⇒「はい」の方は、いつ頃からですか。()

② 定期的にカートリッジを交換していますか。 (はい ・ いいえ)

5、新型コロナに罹りましたか。 (はい ・ いいえ)

6、既往症(病歴)について、教えてください。※該当する疾患に○をつけてください。

①脂質異常症(治療中 ・ 治癒) ②甲状腺疾患(治療中 ・ 治癒)

③腎疾患(治療中 ・ 治癒) ④糖尿病(治療中 ・ 治癒)

⑤癌/肉腫(病名:) (治療中 ・ 治癒)

⑥潰瘍性大腸炎(治療中 ・ 治癒) ⑦肝臓病・肝障害(治療中 ・ 治癒)

⑧高血圧(治療中 ・ 治癒) ⑨心臓病(治療中 ・ 治癒)

⑩脳卒中(治療中 ・ 治癒)

⑪アレルギー疾患(病名:) (治療中 ・ 治癒) ⑫特になし

7、ご家族に、「腎臓癌」「精巣癌」「乳癌」と診断された方はいらっしゃいますか。

(はい ・ いいえ)

⇒「はい」の方は、どなたですか。

父母・兄弟姉妹・子ども・祖父母・孫・おじ・おば・おい・めい

8、女性の方へ、差し支えなければ教えて下さい。

①出産回数 (回) ②自然流産 (回)

③出産時、2500g以下の低体重児でしたか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方は出産週数を教えて下さい。 (週)

④妊娠性高血圧でしたか。 (はい ・ いいえ)

⑤出産に伴なった異常や疾患はありましたか。 (はい ・ いいえ)

「はい」の方は病名を教えてください。 ()

【2024年5月20日 健生会PFAS専門委員会】