

# 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。 (                      )