

原子力災害発生時の

安定ヨウ素剤の服用について

「安定ヨウ素剤」とは、原子力災害時に、原子力発電所から放出される放射性ヨウ素による被ばくを低減することができるため、避難等にあわせて服用するお薬です。

災害時発生時には下記の配布場所で緊急的に配布します。

お近くの場所を御確認ください。

安定ヨウ素剤の緊急配布場所

校区	配布場所
一貴山	一貴山公民館、上深江公民館、満吉公民館、浜窪公民館
深江	松末公民館、下松末公民館、片山公民館、湊町公民館、祇園町公民館、深江新町公民館、深江西町公民館、深江東町公民館、福永公民館、深江区公民館、古家町公民館、本町公民館、元町公民館、カーサ深江、交流プラザ二丈館（1F）（道元）、交流プラザ二丈館（1F）（やよい野）、白浜町公民館、宮小路公民館、淀川公民館
福吉	佐波区公民館、大入公民館、福井営農研修施設、福吉公民館、吉井上公民館、鹿家公民館
可也	小金丸西公民館
引津	御床公民館、引津公民館、東貝塚公民館、西貝塚公民館、寺山公民館、香月公民館、久家公民館、船越公民館、新町公民館、岐志岡区公民館、岐志浜公民館、芥屋区公民館、野辺自治公民館・福ノ浦公民館、はまゆう

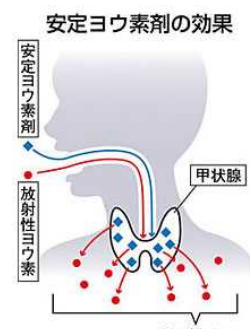
安定ヨウ素剤とは何ですか？

安定ヨウ素剤とは、何ですか？

- 原子力災害時に避難にあわせて服用するお薬です。
- 原子力防災対策として、事故が発生したときにも配布することとしています。

どのような効果があるのですか？

- 放射性ヨウ素による被ばくを抑える効果があります。
- 原発事故が起きた際、原発から周囲に放出される主要な放射性物質の一つに「放射性ヨウ素」があります。
- 安定ヨウ素剤を前もって飲んでおくことにより、この放射性ヨウ素が甲状腺にたまることを防ぎます。
- また、安定ヨウ素剤の効果は、服用後 24 時間とされています。







どんな被ばくにも、効果があるのですか？

- 安定ヨウ素剤はすべての放射線の被ばくを予防する万能薬ではありません。
- 防護効果は放射性ヨウ素に限られます。

安定ヨウ素剤は、どのくらい服用するのですか？

年齢によって、服用する量が異なります。
以下の量を水などと一緒に飲んでください。

年齢	服用量	写真
13歳以上	丸剤 2丸	
3歳以上13歳未満	丸剤 1丸	
生後1か月以上3歳未満	32.5mg ゼリー一剤 1包	
新生児	16.3mg ゼリー一剤 1包	

どのように服用すればよいのでしょうか？

いつ服用するのですか？

- 安定ヨウ素剤の服用は、国または福岡県や糸島市が広報を通じて指示します。
 - 原子力災害時に、安定ヨウ素剤を効果的に利用するためには、服用のタイミングが大変重要です。
- 必ず指示にしたがって服用してください。
また、指示があるまで決して服用しないでください。

副作用はありますか？

- 安定ヨウ素剤を飲んだ時に、副作用により体調に異変が起こる場合があります。
- アレルギー：発疹など
消化器系：悪心・嘔吐、胃痛、下痢、口腔・咽喉の灼熱感、金属味覚、歯痛、歯肉痛、血便など
その他：頭痛、息切れ、かぜ症状、不規則性心拍、皮疹、原因不明の発熱、首・咽喉の腫脹など
- 服用時には、ご家族や近所の方と様子を見合うなど、速やかに関係機関に連絡できるようにしておいてください。

どんな人も飲んでいいのですか？

- 以下の方は「服用不適切者」です。緊急時においても服用はしないでください。
- 安定ヨウ素剤の成分、またはヨウ素に対し、過敏症があるといわれたことがある方（例えば、うがい薬等を使用した後に、じん麻疹・呼吸困難・血圧低下等のアレルギー反応があったことのある方）

安定ヨウ素剤はどうやって手に入れるのですか？

- 原子力防災対策として、事故が発生した際に配布場所で安定ヨウ素剤をお配りすることになっています。（配布場所については、おもての「安定ヨウ素剤の緊急配布場所をご参照ください。）

安定ヨウ素剤セルフチェック

原子力災害発生時に緊急的に配られる「安定ヨウ素剤」の服用に適しているかどうか、ご家族皆様でチェックしてみましょう。

A 服用不適項目

氏名⇒				
1 今までに安定ヨウ素剤の成分、または、ヨウ素に対し過敏症があった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）及びルゴール液使用后並びにヨウ化カリウム丸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？）	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

B 慎重投与項目

氏名⇒				
1 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2 今までに甲状腺の病気（甲状腺機能亢進症、機能低下症）があったと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3 今までに腎臓の病気や腎機能に障害があったと言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4 今までに先天性筋強直症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5 今までに高カリウム血症と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6 今までに低補体血症性蕁麻疹様血管炎と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7 今までに肺結核（カリエス、肋膜炎なども含む）と言われたことがありますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8 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？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9 現在、以下のお薬をお使いですか？ ※「はい」と答えた方は、該当する薬品にチェックを入れて下さい。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> リチウム製剤	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

※B 慎重投与項目のうち、ひとつでも「はい」に該当する場合、あらかじめ医師と相談のうえ安定ヨウ素剤を服用するかどうかを決めて下さい。