

2026年滋賀県内避難者健診のご案内

今年度の避難者健診も、平日（土曜日も含む）で行います。一般の外来と同時間に実施します。多少の待ち時間が生じますがご了承ください。また、自主的なボランティア活動の一環で行いますので、福島県民検診とは異なります。受診できる医療機関は、坂本民主診療所と膳所診療所の2箇所となります。

各々下記の問い合わせ先に連絡し予約をとっていただきます。また、技師配置の関係で期間中、健診の受け入れができない日がございますので、ご了承ください。

対象：滋賀県在住の福島第一原発事故の避難者
子どもさんだけでなく大人の方も受診可

費用：無料

内容：診察・心電図・甲状腺エコー・尿検査

採血（末梢血液、血液像、肝機能、脂質、血糖

甲状腺機能検査）

場所：坂本民主診療所（大津市坂本）

膳所診療所（大津市昭和町）

※一日の受け入れ人数に制限がございます。お早目にご予約ください。

期間：坂本民主診療所：7/24（金）～8/31（月）

膳所診療所：7/21（火）～8/28（金）

※受検可能日は各診療所で異なります。お問い合わせください。

★別紙の問診票を必要枚数コピーしていただき、
各自ご記入の上、当日ご持参ください。

坂本民主診療所

滋賀県大津市坂本6丁目25-30

TEL：077-579-7121

- ・平日（火）～（金）午前
- ・夜：月曜のみ・土曜午前（8/15・8/29のみ）



膳所（ぜぜ）診療所

滋賀県大津市昭和町2-17

TEL：077-524-8114

- ・平日（火）～（金）午前
- ・土曜日は不可



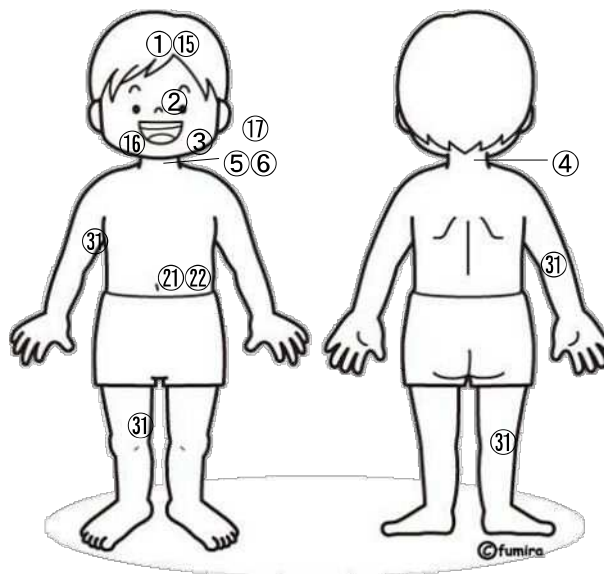
滋賀民主医療機関連合会

〒520-2153 滋賀県大津市一里山1-9-15 エミール瀬田201号

福島原発事故による避難者健診問診票

記入日【 年 月 日 】

氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成	年	月	日【 】	歳
		性別	男 ・ 女				
現住所	〒						
	連絡先						
原発事故当時の住所							



原発事故後に見られるようになったものに○をつけてください。

- | | | | |
|--------------------------------|-----------|---------------------------|-------------------|
| ①頭痛 めまい | ⑩集中力がない | ①⑥目の異常（ はれ かゆみ ヒリヒリ かゆみ ） | ②⑦湿疹が消えない |
| ②鼻血（ 右 左 ） 鼻水（ 色 ） | ⑪物が覚えられない | ①⑦耳鳴り | ②⑧雪焼け様の日焼け |
| ③口内炎 | ⑫頭がボーツとする | ①⑧目の下にクマができる | ②⑨皮膚（ ヒリヒリ つっぱる ） |
| ④首のしこり | ⑬突然の眠気 | ①⑨せき（ 長く続く 喘息様 ） | ②⑩服の上からの日焼け |
| ⑤甲状腺の腫れ | ⑭突然の脱力 | ②⑩たん（ 色 ） | ②⑪関節の痛み |
| ⑥のど（ チクチク イガイガ ヒリヒリ 赤くないのに痛い ） | ⑮髪の毛の抜け | ②⑪腹痛 胃上部の痛み | ②⑫排尿 膀胱トラブル おねしょ |
| ⑦吐き気 嘔吐 | | ②⑫下痢 | |
| ⑧不眠 | | ②⑬傷が治りにくくなった | |
| ⑨精神不安（ a. 興奮しやすい 怒りっぽくなった ） | | ②⑭アレルギーの悪化 | |
| （ b. おびえる 甘えるようになった ） | | ②⑮皮膚のトラブル | |
| （ c. 口数が減る 話をしなくなった ） | | ②⑯湿疹がでた | |

裏へつづく

福島原発事故による避難者健診問診票

1. 原発事故以降の避難場所について、わかる範囲でお書き下さい。

()年()月(上旬・中旬・下旬)～()年()月(上旬・中旬・下旬) (場所:)
()年()月(上旬・中旬・下旬)～()年()月(上旬・中旬・下旬) (場所:)
()年()月(上旬・中旬・下旬)～()年()月(上旬・中旬・下旬) (場所:)
()年()月(上旬・中旬・下旬)～()年()月(上旬・中旬・下旬) (場所:)
()年()月(上旬・中旬・下旬)～()年()月(上旬・中旬・下旬) (場所:)

2. 避難してから一時帰宅を何回されましたか。 () 回

3. 健康状態についてお答え下さい。

①原発事故前の健康状態はいかがでしたか。5段階で該当するものに○をつけてください。

(良好) (普通) (不良)
5 — 4 — 3 — 2 — 1

②現在の健康状態はいかがですか。5段階で該当するものに○をつけてください。

(良好) (普通) (不良)
5 — 4 — 3 — 2 — 1

③原発事故後、健康上で気になることがありましたらご記入下さい。

4. これまでにかかった病気、現在治療中の病気があればご記入下さい。

5. その他心配なこと、不安なことがあれば自由にご記入下さい。

※この問診票と検査データは、健診を受診された医療機関に保存されます。記載された個人情報は個人情報保護法に則って保護されます。尚、記載された内容や検査データについては、個人情報が出ない形で統計等の資料として利用させていただく場合もありますのであらかじめご了承ください。

上記について 同意します ・ 同意しません 署名 _____
(いずれかに○をお願いします) (本人との関係:)