

結核健康診断問診票

記入例

ください。

記入日 年 月 日

交	年 組 番	氏名
調 査 内 容		○または記入をしてください。
質問1	このお子様が、いままでに結核性の病気にかかったことがありますか？	はい 年 月頃 <input type="radio"/> いいえ
質問2	このお子様が、いままでに結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか？	<input checked="" type="radio"/> はい 27年 5月頃 <input type="radio"/> いいえ
質問3	このお子様が生まれてから家族や同居人で結核にかかった人がいますか？	<input checked="" type="radio"/> はい いつ頃[26年 9月頃] 続柄[祖父] お子様との同居[有・無] お子様との接触[<input checked="" type="radio"/> 有] <input type="radio"/> いいえ
質問4	このお子様が、過去 3 年以内に通算して半年以上、外国に住んでいたことがありますか？	はい 国名 _____ 滞在期間 年 月 ~ 年 月 <input type="radio"/> いいえ
質問5	このお子様は、この 2 週間以上「せき」や「たん」が続いていますか？	<input checked="" type="radio"/> はい *下の補問へ <input type="radio"/> いいえ
※質問5で「はい」と答えた方は「はい」だった場合は下の補問へ。		
補問	5-1 このお子様は、その「せき」や「たん」で医療機関において、治療や検査を受けていますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
	5-2 このお子様は、ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか？	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

質問1〜3の中ですべて「はい」があった場合はこちらも記入。

※ 質問1、2、3で「はい」と答えた方にお聞きします。

◆質問1、2、3で「はい」と答えた方◆

- その当時、検査を含め必要な医療的措置を受けていましたか？
 - 受けていた(28年 3月まで) 医療機関名(いるま日赤病院)
 - 現在も継続して受けている。 " ()
 - レントゲン検査(無・有 ⇒ 最終検査時期 29年 4月)
 - 受けていない
- ◆質問3で「はい」と答えた方◆(お子様との接触「有」の場合)
 - その当時、保健所から接触者検診を受けるよう連絡があり、受けていましたか？
 - 受けていた(28年 3月まで)
 - これから検診を受ける予定がある
 - 連絡はあったが受けなかった
 - 連絡はなかった

この枠内は出来るだけ詳細にご記入ください。

※その他、知らせたいことがありましたらご記入ください。

《学校医が記入》

学校医の診察	要検討・検討不要	(特記事項)
--------	----------	--------