

# 結核問診票

【小学校用】

◇各質問の該当する欄に○を記入してください。

氏 名

|      |                                                                 |                             | 小 1                                              | 小 2           | 小 3           | 小 4           | 小 5           | 小 6           |
|------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| 質問 1 | 今までに結核性の病気(例. 肺浸潤, 胸膜炎, ろくまく炎, 頸部リンパ腺結核)にかかったことがありますか。          |                             | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい<br>年<br>月頃                                    | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 |
| 質問 2 | 今までに結核の感染を受けたとして予防の薬を飲んだことがありますか。                               |                             | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい<br>年<br>月頃                                    | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 |
| 質問 3 | 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。                                     |                             | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい<br>年<br>月頃                                    | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 |
| 質問 4 | 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。<br><br>「はい」の場合, 国名を記入してください。 |                             | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい<br>年<br>月頃                                    | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 | はい<br>年<br>月頃 |
| 質問 5 | 2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか。                                         |                             | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい                                               | はい            | はい            | はい            | はい            | はい            |
|      | 「はい」の場合                                                         | 医療機関で受診していますか。              | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      |                                                                 |                             | はい                                               | はい            | はい            | はい            | はい            | はい            |
|      |                                                                 | ぜんそく, ぜんそく性気管支炎などといわれていますか。 | いいえ                                              | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           | いいえ           |
|      | はい                                                              | はい                          | はい                                               | はい            | はい            | はい            |               |               |
| 質問 6 | 今まで BCG の接種 (スタンプ式の予防接種) を受けたことがありますか。                          |                             | <div>はい      ・      いいえ</div> <div>未接種の理由:</div> |               |               |               |               |               |

《記入上の留意点》

質問 1～4 の記載については, 前年度の記載事項に変更がない場合, 「はい」「いいえ」のどちらかに○をつけ「年月」「国名」は記載しなくて結構です。

【精密検査の記録 (一次)】

| 検査項目    | 検査年月日           | 結 果                  |
|---------|-----------------|----------------------|
| レントゲン検査 | 年      月      日 | 要精検      ・      異常なし |
| レントゲン検査 | 年      月      日 | 要精検      ・      異常なし |