

平成 年 月 日

問診票

レントゲン番号

氏名	男 Male	女 Female
国籍	入国年月 年 _____ 月 _____	

次の質問にお答えください。当てはまるものに○、またはご記入ください。

1. 以下の症状はありますか？

- | | | |
|-----|-------|-------|
| ・せき | ・胸痛 | ・食欲不振 |
| ・たん | ・寝汗 | ・倦怠感 |
| ・発熱 | ・体重減少 | ・その他 |

2. 最近胸部レントゲンをうけたのはいつですか？

年 () 月 () 日 ()
結果 ・異常なし ・異常あり

3. 過去に胸部レントゲンで異常を指摘されたことはありますか？

→ ・いいえ ・はい

4. BCG 接種をうけたことがありますか？

→ ・いいえ ・はい

5. 最後に受けたツベルクリン反応検査の結果はどうでしたか？

・陽性 ・陰性 ・不明

6. 大きな病気(または手術)をしたことがありますか？

・いいえ ・はい → それはどんな病気(手術)ですか? _____

7. 現在、治療中の病気がありますか？

・いいえ ・はい → それはどんな病気ですか? _____

8. 結核既往の有無

・なし ・あり → 結核の薬を飲みましたか？

何の薬を飲みましたか? _____

9. 家族歴の有無

・なし ・不明 ・あり → だれ? ・父・母・兄弟 ・おじ/おば

・祖父/祖母 ・その他 _____

10. 妊娠していますか？

→ ・いいえ ・不明 ・はい _____ 週