

年 月 日

# 问诊表

胸透编号

姓名		男	女
国籍	入境年月 年____月____		

请回答如下问题。符合的请画○或填写。

1. 是否有以下症状？

- 咳嗽
- 胸痛
- 食欲不振
- 咳嗽
- 盗汗
- 倦怠感
- 发烧
- 体重降低
- 其他

2. 最近的一次接受胸透是在何时？

年 ( ) 月 ( ) 日 ( )  
结果 · 无异常 · 有异常

3. 过去做胸透时，是否有异常？

→ · 否 · 是

4. 是否接种过卡介苗？

→ · 否 · 是

5. 最后接受的结核菌素反应检查结果如何？

· 阳性 · 阴性 · 不明

6. 是否得过大病（或接受过手术）？

· 否 · 是 → 是怎样的疾病（手术）？\_\_\_\_\_

7. 现在是否有正在接受治疗的疾病？

· 否 · 是 → 是怎样的疾病？\_\_\_\_\_

8. 曾经是否有过结核病史

· 无 · 有 → 是否服用了结核药？  
服用了何种药物？\_\_\_\_\_

9. 有无家族病史

· 无 · 不明 · 有 → 是谁？ · 父亲 · 母亲 · 兄弟姐妹 · 伯父/伯母  
· 祖父/祖母 · 其他 \_\_\_\_\_

10. 是否怀孕？

→ · 否 · 不明 · 是 \_\_\_\_\_ 周