

년 월 일

문진표

X 선 번호

성명		남	여
국적	입국연월 _____년 _____월		

다음 질문에 답해 주십시오. 해당하는 것에 ○를 표시하거나 기입해 주십시오.

1. 다음 증상이 있습니까?

- 기침
- 가래
- 발열
- 가슴 통증
- 식은땀
- 체중 감소
- 식욕 부진
- 권태감
- 기타

2. 최근 언제 흉부 X 선을 받았습니까?

연 ( ) 월 ( ) 일 ( )  
결과 · 이상 없음 · 이상 있음

3. 과거 흉부 X 선에서 이상을 지적받은 적이 있습니까?

→ · 아니오 · 예

4. BCG 접종을 받은 적이 있습니까?

→ · 아니오 · 예

5. 마지막으로 받은 투베르쿨린 반응 검사의 결과는 어떠했습니까?

- 양성
- 음성
- 불명

6. 큰 병(또는 수술)을 경험한 적이 있습니까?

· 아니오 · 예 → 어떤 병(수술)입니까? \_\_\_\_\_

7. 현재 치료 중인 병이 있습니까?

· 아니오 · 예 → 어떤 병입니까? \_\_\_\_\_

8. 결핵 기왕력 유무

· 없음 · 있음 → 결핵 약을 복용했습니까?  
무슨 약을 복용했습니까? \_\_\_\_\_

9. 가족력 유무

· 없음 · 불명 · 있음 → 누구입니까?  
· 아버지 · 어머니 · 형제 · 숙부/숙모  
· 조부/조모 · 기타 \_\_\_\_\_

10. 현재 임신 중입니까?

· 아니오 · 불명 · 예 → 주수는? \_\_\_\_\_ 주