

西暦 年 月 日

## 問診票

ID \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

男・女

次の質問にお答えください。当てはまるものに○、または記入ください。

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、胸部レントゲン検査を受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検査で異常を指摘されたことはありますか？

→ ・いいえ ・はい

4. BCG接種を受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？ ・はい ・いいえ

何の薬を飲みましたか？ \_\_\_\_\_

9. 家族の結核既往有無

・なし ・不明 ・あり→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