

# 結核検診問診票(小学2～6年生用・中学生用)

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、定期健康診断はとても大切です。

この問診票は、結核に関する検診が正しく行われるために必要ですので、保護者の方々のご理解とご協力をお願いいたします。

また、保健所が保有する情報の提供を受けるには、珠洲市個人情報保護条例に基づき、保護者の同意が必要となります。この問診票は、保健所への問い合わせが必要となった場合の同意書も兼ねています。

なお、この問診票は定期健康診断の結核に関する検診以外には使用しません。

※保護者の方が正確にご記入ください。

|                                                                                       |                                                       |  |  |    |                |               |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|--|--|----|----------------|---------------|-------|
| 氏名                                                                                    |                                                       |  |  | 学年 | 年組番            | 記入した日         | 年 月 日 |
| 保護者名                                                                                  |                                                       |  |  |    |                | ⑩             |       |
| 調査内容                                                                                  |                                                       |  |  |    |                | どちらかに○をつけて下さい |       |
| 質問1                                                                                   | いままでに結核性の病気(例:肺浸潤、胸膜炎またはろくまく炎、頸部リンパ腺結核)にかかったことがありますか? |  |  |    | はい<br>平成 年 月 頃 | いいえ           |       |
| 質問2                                                                                   | 昨年の検診後に結核に感染を受けたとして予防のお薬を飲んだことがありますか?                 |  |  |    | はい<br>平成 年 月 頃 | いいえ           |       |
| 質問3                                                                                   | 家族や同居人で、過去3年以内に結核にかかった人がいますか?                         |  |  |    | はい<br>平成 年 月 頃 | いいえ           |       |
| ●質問1、質問2、質問3で「はい」と答えた方へ<br>保健所に対して結核検診情報を問い合わせることにより、不要な検査を受けずに済みます。問い合わせすることに同意しますか? |                                                       |  |  |    |                | はい            | いいえ   |
| 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?                     |  |  |    | はい             | いいえ           |       |
| ●「はい」と答えた方へ<br>それはどこの国ですか?                                                            |                                                       |  |  |    |                | 国名<br>( )     |       |
| 質問5                                                                                   | この2週間以上「せき」や「たん」や「発熱」が続いていますか?                        |  |  |    | はい             | いいえ           |       |
| ●「はい」と答えた方へ<br>①その「せき」「たん」「発熱」で医療機関において、治療や検査を受けていますか?                                |                                                       |  |  |    |                | はい            | いいえ   |
| ②ぜんそく、ぜんそく性気管支炎などといわれていますか?                                                           |                                                       |  |  |    |                | はい            | いいえ   |

★質問6は、昨年の4月以降に珠洲市以外から転校されてきた方のみお答えください。

|                                                                                            |                                     |                   |     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------|-----|
| 質問6                                                                                        | いままでBCGの接種(スタンプ式の予防接種)をうけたことがありますか? | はい                | いいえ |
| ●「はい」と答えた方へ<br>接種年月日を母子手帳等で確認し記入してください。                                                    |                                     | 接種年月日<br>平成 年 月 日 |     |
| ●「いいえ」と答えた方へ<br>それはどうしてですか?あてはまる方に○をつけてください。<br>( ) ツベルクリン反応検査が陽性だったため<br>( ) その他の理由で(具体的に |                                     |                   |     |

学校医所見(問診項目には該当しないが精密検査が必要と判断した場合に記入)

医師名