岩倉市日本語･ﾎﾟﾙﾄｶﾞﾙ語適応指導教室

(様式１)　　在校生用

結　核　健　診　問　診　票（スペイン語）

Estimados padres de familia
La buena salud es muy importante para una vida estudiantil feliz y significativa. La prevención contra la tuberculosis es un programa importante en la escuela, que es realizado anualmente en el reconocimiento medico regular. Este cuestionario es muy necesario para el reconocimiento médico sobre la tuberculosis. Por favor revise el estado abajo y marque con un circulo cada articulo aplicable. La información en este documento no va a ser utilizado con otro objetivo.

Director

Fecha :　　/　　/
(dia)　(mes)　(año)

Nombre de alumno　　Grado　　Clase　　Nº

Cuestión

	Cuestiones	Marque con un círculo si o no	
1.	En el último año su niño ha tenido alguna enfermedad tuberculosa? (p.e. Tuberculosis pulmonar, pleuresía, ó Tuberculosis en glandula linfática cervical)	Si / (año/mes)	No
2.	En el último año ha tomado su niño medicinas preventivas contra Tuberculosis por Infeccion de tuberculosis?	Si / (año/mes)	No
3.	En el ultimo año hubo algun pariente o vecino que sufrio de tuberculosis?	Si / (año/mes)	No
P.4 ①	Fecha en que el niño llegó a Japón	Día　Mes	Año
P.4 ②	En los últimos 3 años, viajó fuera de Japón, por cuánto tiempo y a dónde?: Si　・　No	¿Cuánto tiempo?	Dónde
	1 vez		
	2da vez		
	3ra vez		
5.	Ha tenido su niño tos o flema durante las 2 últimas semanas?	Si	No
	En el caso de Si para 5, siga para 5-1 y 5-2		
5-1	Todavía su niño recibe tratamiento ó reconocimiento médico en alguna institución médica por tos ó flema.	Si	No
5-2	Se le ha diagnosticado a su niño asma ó asma bronquial?	Si	No
5-3	Si el niño no tiene asma ó bronquitis asmática, tose ó sufre de catarro?	Si	No

＊学校医記入欄：健診当日の「せき」「たん」等の自覚症状の有無　　あ　り　・　な　し
質問５（自覚症状あり）の者で、診察所見により検討の必要がないと判断した場合は、該当するところに○をつけるか、所見を必ず記入してください。
・急性上気道炎のため　　・喘息、喘息性気管支炎のため　　・その他
所見：

岩倉市日本語･ﾎﾟﾙﾄｶﾞﾙ語適応指導教室

(様式１)　　新入生・転入生用

結　核　健　診　問　診　票（スペイン語）

Estimados padres de familia
La buena salud es muy importante para una vida estudiantil feliz y significativa. La prevención contra la tuberculosis (Tuberculosis) es un programa importante en la escuela, que es realizado anualmente en el reconocimiento medico regular. Este cuestionario es muy necesario para el reconocimiento médico sobre la tuberculosis, por favor revise el estado abajo y marque con un circulo cada articulo aplicable. La información en este documento no va a ser utilizado para otro objeto.

Director

Fecha :　　/　　/
(dia)　(mes)　(ano)

Nombre de alumno　　Grado　　Clase　　Nº

Cuestión

	Cuestiones	Marque con un círculo si o no	
1.	Su niño ha tenido alguna enfermedad tuberculosa? (p.e. Tuberculosis pulmonar, pleuresía, ó Tuberculosis en glandula linfática cervical)	Si / (año/mes)	No
2.	Ha tomado su niño medicinas preventivas contra la Tuberculosis por infección de tuberculosis?	Si / (año/mes)	No
3.	En el último año hubo algun pariente ó vecino que sufrió de tuberculosis?	Si / (año/mes)	No
P.4 ①	Fecha en que el niño llegó a Japón	Día　Mes	Año
P.4 ②	En los ultimos 3 años, viajó fuera de Japón, por cuánto tiempo y a dónde?: Si ・ No	¿Cuánto tiempo?	Dónde
	1 vez		
	2da vez		
	3ra vez		
5.	Ha tenido su niño tos ó flema durante las 2 últimas semanas	Si	No
	En el caso de Si para 5, siga para 5-1 y 5-2		
5-1	Todavía su niño recibe tratamiento ó reconocimiento médico en alguna institución médica por tos ó flema.	Si	No
5-2	Se le ha diagnosticado a su niño asma ó asma bronquial?	Si	No
5-3	Si el niño no tiene asma ó bronquitis asmática, tose ó sufre de catarro?	Si	No

※　Responder solamente los padres de los niños de primer grado（conforme la libreta de niños）

6.	Su niño ha sido vacunado con BCG (inmunización en estilo de sello) alguna vez?	Si	No

En el caso de no para 6,			
6-1	Por qué no ha sido vacunado su niño con BCG?	Por que la prue tuberculina fue positiva	Otras razones

＊学校医記入欄：健診当日の「せき」「たん」等の自覚症状の有無　　あ　り　・　な　し
質問５（自覚症状あり）の者で、診察所見により検討の必要がないと判断した場合は、該当するところに〇をつけるか、所見を必ず記入してください。
・急性上気道炎のため　　・喘息、喘息性気管支炎のため　　・その他
所見：