

学校健診精密検査 健康調査票 (英語) / **Questionnaire for Tuberculosis**

結核、BCG

年 月 日記入

氏名 Name	生年月日 Date of Birth Yr. 年, Mon. 月, Date 日 Age (歳 year's old)	保護者名 parent or guardian name																																
住所 Address																																		
Phone () -																																		
学校名 Name of school _____ 小学校 Elementary school ・ 中学校 Middle school Grade 年, Class 組		身長: Height cm 体重: Weight kg																																
<p>出生地はどこですか。 Birth place 日本 / Japan (都道府県 / address, to-do-fu-ken) ex; _____Ken 日本以外 / Out side of Japan (国 / country)</p> <p>既往歴 ぜん息にかかったことがありますか。Has your child had asthma before? ない No ・ ある Yes その他入院したことや長期間薬を飲むような病気をしたことがありますか。 Has your child under the care of a physician taken medication long term or stayed at Hospital? ない No ・ ある Yes (いつ頃 When? 病名 name of disease) BCG 接種をうけたことがありますか Have your child had BCG vaccine before? ない No ・ ある Yes (B.C.G = Bacillus Calmette Guerin Vaccine) すると答えた人は、下の表に BCG を実施した日と国を書いてください。 If yes, Please write down date and country.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 35%;">実施年月日 (shot date) Yr./ Month / date</th> <th style="width: 55%;">BCG 実施した国 Where did your child have vaccine? (Country name)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>年 月 日</td> <td>国</td> </tr> </tbody> </table>				実施年月日 (shot date) Yr./ Month / date	BCG 実施した国 Where did your child have vaccine? (Country name)	1	年 月 日	国	2	年 月 日	国	3	年 月 日	国																				
	実施年月日 (shot date) Yr./ Month / date	BCG 実施した国 Where did your child have vaccine? (Country name)																																
1	年 月 日	国																																
2	年 月 日	国																																
3	年 月 日	国																																
<p>現在自覚症状がありますか。Does your child have symptoms of Tuberculosis? ない No ・ ある Yes すると答えた人は、下の表を記入してください。</p> <p>If answer is yes, please complete the following questions.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">症状の種類 Symptoms</th> <th style="width: 20%;">いつ頃から When did it start?</th> <th style="width: 25%;">どんな様子ですか What are the symptoms details?</th> <th style="width: 30%;">治療を受けていますか Is your child under the care of a Physician?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳 Coughing</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>痰 Spitting, sputum</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>熱 Fever</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>体重減少 Weight loss</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> <tr> <td>その他 Other</td> <td></td> <td></td> <td>はい Yes ・ いいえ No</td> </tr> </tbody> </table> <p>【記入例】 Ex;</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">症状の種類</th> <th style="width: 20%;">いつ頃から</th> <th style="width: 25%;">どんな様子ですか</th> <th style="width: 30%;">治療を受けていますか</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>咳 Coughing</td> <td>5 月 3 0 日頃 Since around May 30th</td> <td>夜咳き込んでいる Coughing hard at Night.</td> <td>はい ・ いいえ Yes No Circle yes or no</td> </tr> </tbody> </table>			症状の種類 Symptoms	いつ頃から When did it start?	どんな様子ですか What are the symptoms details?	治療を受けていますか Is your child under the care of a Physician?	咳 Coughing			はい Yes ・ いいえ No	痰 Spitting, sputum			はい Yes ・ いいえ No	熱 Fever			はい Yes ・ いいえ No	体重減少 Weight loss			はい Yes ・ いいえ No	その他 Other			はい Yes ・ いいえ No	症状の種類	いつ頃から	どんな様子ですか	治療を受けていますか	咳 Coughing	5 月 3 0 日頃 Since around May 30th	夜咳き込んでいる Coughing hard at Night.	はい ・ いいえ Yes No Circle yes or no
症状の種類 Symptoms	いつ頃から When did it start?	どんな様子ですか What are the symptoms details?	治療を受けていますか Is your child under the care of a Physician?																															
咳 Coughing			はい Yes ・ いいえ No																															
痰 Spitting, sputum			はい Yes ・ いいえ No																															
熱 Fever			はい Yes ・ いいえ No																															
体重減少 Weight loss			はい Yes ・ いいえ No																															
その他 Other			はい Yes ・ いいえ No																															
症状の種類	いつ頃から	どんな様子ですか	治療を受けていますか																															
咳 Coughing	5 月 3 0 日頃 Since around May 30th	夜咳き込んでいる Coughing hard at Night.	はい ・ いいえ Yes No Circle yes or no																															

