

性別 男 女
Gender Male / Female

氏名 _____
Student's Name

- 太線枠内は保護者の方が記入してください。
- The guardian must fill out inside the bold line.

		Elementary School						Intermediate School							
質問項目 Questionnaire	学年Grade	小学校1年 1st	小学校2年 2nd	小学校3年 3rd	小学校4年 4th	小学校5年 5th	小学校6年 6th	中学校1年 1st	中学校2年 2nd	中学校3年 3rd					
1	お子さまが今までに結核性の病氣（例、肺浸潤、胸膜炎、または肋膜炎、頸部リンパ腺結核）にかかったことがありますか？ Have your child had tuberculous diseases(e.g. pulmonary infiltration, pleurisy, tuberculous cervical	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO
	「はい」の場合 If "YES" いつ頃ですか？ WHEN ? 病名を記入してください Write disease name	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM
2	お子さまが今までに、結核に感染したと診断され、あるいは感染が疑われ、予防のお薬を飲んだことがありますか？ Have your child ever taken medicine after diagnosing or suspecting of infection of tuberculosis ?	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO
	「はい」の場合、いつ頃ですか？ If "YES", when ?	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM
3	お子さまが生まれてから、家族や同居人で結核にかかった人がいますか？ Is there any person in your family or housemate who was infected with tuberculosis since your child was born ?	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO
	「はい」の場合、いつ頃ですか？ If "YES", when ?	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM	年月頃 YY/MM
4	お子さまが、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？ Did your child live in foreign country for more than six months in total within the past three years ?	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO
	それはどこの国ですか？ Which country ?	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)	国名 (Country)
	滞在期間を記入してください Duration of stay	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM	年月~年月 YY/MM~YY/MM
	「はい」の場合 If "YES" 日本に帰国あるいは住み始めてからこれまでに、ツベルクリン反応検査または胸部X線検査を受けましたか？ Did your child receive tuberculin reaction test or chest X-ray examination when your child returned to Japan or after your child lived in Japan ?	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)	受けていない NO	年月頃 受けた YES (YY/MM)
	その結果はどうでしたか？ Result ?	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination	ツ反検査・X線検査 tuberculin reaction test / Chest X-ray examination

保護者記載欄 (Guardian to be written)

