○ 太線枠内は保護者の方が記入してください。

O The guardian must fill out inside the bold line.

氏 名 Student's Name

					Elementary School											Intermediate School						
F	質問項目			小学校1年		小学校2年		小学校3年		小学校4年		小学校5年		小学校6年		中学校1年		中学校2年		中学校3年		
C	Ques	tionnaire		1st		2nd		3rd		4th		5th		6th		1st		2nd		3rd		
て	1	はしんじゅん また 肺浸潤,胸腺 パ腺結核) Have your c diseases(e.g	今までに、結核性の病気(例、 連炎、または筋膜炎、 頻節リン にかかったことがありますか? shild had tuberculous g. pulmonary infiltration, perculous 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 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	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)		年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)		年 月頃 YY/MM)	病名(Disease	年 月頃 YY/MM)	
	2	断され,ある 薬を飲んだ。 Have your o	I 今までに、結核に感染したと診 るいは感染が疑われ、予防のお ことがありますか? child ever taken medicine after or suspecting of infection of	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 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	
(Guardiar	2	結核にかか ls there any housemate	生まれてから、家族や同居人でった人がいますか? person in your family or who was infected with s 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 YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	
1 to be written)		「 はい」の場合、 いつ頃ですか? If "YES", when ?		年 YY	月頃 / MM	年 YY /	月頃 / MM	年 YY	月頃 / MM	年 🕎	月頃 /MM	年 YY	月頃 /MM	年 YY	月頃 / MM	年 >>	月頃 / MM		月頃 / MM	年 YY	月頃 / MM	
		以上外国に Did your chi	過去3年以内に通算して半年 注んでいたことがありますか? ild live in foreign country for ix months in total within the ears?	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 YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO	
	İ		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)	
		滞在期間を記入してくだ さい Duration of stay			月~ 年 月 I~ YY/MM		月~ 年 月 ~ YY/MM		月~ 年 月 ~ YY/MM		月~ 年 月 I~ YY/MM		月~ 年 月 I~ YY/MM		月~ 年 月 ~ YY/MM		月~ 年 月 I~ YY/MM		月~ 年 月 ~ YY/MM		月~ 年 月 ~ YY/MM	
	4	「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	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)	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)	
			chest X-ray examination when your child returned to Japan or after your child lived in Japan ?	tuberculin r	・X線検査 eaction test / y examination	tuberculin re	• X線検査 eaction test / examination	tuberculin r	• X線検査 eaction test / r examination	tuberculin ı	· X線検査 reaction test / y examination	tuberculin ı	• X線検査 reaction test / y examination	tuberculin re	• X線検査 eaction test / r examination	tuberculin r	・X線検査 eaction test / y examination	tuberculin re		tuberculin r	• X線検査 eaction test / r examination	
			その結果はどうでしたか? Result?	Positive	/ Negative	Positive /	Negative	Positive	/ Negative	Positive	/ Negative	Positive	/ Negative	Positive	/ Negative	Positive	/ Negative	Positive /	Negative	Positive	/ Negative	

保護者記載欄 (Guardian to be written)		お子さまは、最近2週間以上「せき」や「たん」が続いていますか? Did your child have coughing or sputum in this two weeks?		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 YES	いいえ NO	はい YES	いいえ NO
	5	「はい」	お子さまは、その「せき」や「たん」で治療や検査を受けましたか? Did your child receive medical treatment or examination for coughing or sputum?	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES	受けて いない NO	受けた YES
		If "YES"	お子さまは、「ぜんそく」「ぜんそく」 く」「ぜんそく性気管支 炎」などといわれていま すか? Did your child have asthma or asthmatic bronchitis?	ぜんそく等 ではない NO	である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES	ぜんそく等 ではない NO	ぜんそく等 である YES
n)		1年生及び市外転入者のみ 1st grader and transfer Student ONLY		受けた YES	接種年月 日 Date vaccinated	年 YY,	年 月 日 YY / MM / DD														
		りますか?	CCG接種を受けたことはあ received BCG vaccination	受けて いない NO	理 由 Reason		程の都合が edule did no	つかなかった ot meet.	から (見合わせただ ad physical d		その他〔 Othe	rs())			
	内科検診	学校医に よる診察 結果 判 定 Daignosis by School doctor		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach		要精密検査・要経過観察 complete examination / wait-and-see approach	
	廖 (Internal Medicine)			要保健所相談・要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		要保健所相談 • 要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		要保健所相談 • 要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		要保健所相談 • 要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		要保健所相談 • 要早期受		要保健所相談 • 要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		要保健所相談 • 要早期受 診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination		診 Healthcare center		要保健所相談 • 要早期受診 Healthcare center consultation / Immediate medical examination	
学校記載	licine)			問題なし No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし y No apparent abnormality		問題なし No apparent abnormality		問題なし / No apparent abnormality	
탫欄 (Sι		実 施 月 日 Date diagnosed		月 日 MM / DD				MM / DD				MM / DD		月 日 MM / DD				MM / DD			
校記載欄 (School to be written)	精密検査 (Com	検 査 項 目 Examination item		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination		ツ反検査 ・ X線検査 tuberculin reaction test or chest X-ray examination	
	omplete			Others		Others		Others		Others		Others		Others		Others		Others		Others	
	te examination)	結 果 Results				要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		要治療・経過観察・異常 なし Medical Treatment / Wait-and-see approach / No apparent abnormality		なし Medical Treatment /		なし Medical Treatment / Vait-and-see approach /	
	n)	ĺ	着 考 Remarks																		