

秘 Confidential

結核検診補助質問 Tuberculosis screening auxiliary inquiry

学 校 名 School name	年 組 Grade Class		
児童生徒氏名 Student Name	生年月日 Birthday	年 月 日生 yyyy / mm / dd	
住 所 Address	保護者名 Guardian'sName		

下の (1) ~ (3) で○のついた項目の「確認する内容」に記入をお願いします。
Please answer the following questions.

(1) 質問1または質問2で「はい」と記載があった場合
If YES in Question 1 or Question 2, go to auxiliary questions.

質問1 Question 1	このお子様は、今まで（この2年間）に結核性の病気にかかったことがありますか？ （例：肺結核、胸膜炎又はろく膜炎、頸部リンパ節結核） Have your child suffered from tubercular disease in the past two years? (e.g. lung tuberculosis, pleurisy, tuberculous cervical lymphadenitis)
質問2 Question 2	このお子様は、今まで（この1年間）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？ Have your child taken prophylactic medicine as he/she was infected with tuberculosis in this one year?

確認する内容 Auxiliary questions. Please describe or mark ○(circle).

1	保健所や医療機関で最後に胸部レントゲン写真をとったのはいつですか？ When did your child take a last chest X-ray photograph at healthcare center or medical institutions? 年 月頃 yyyy mm
2	その結果はどうでしたか？ 問題なかった その他 () What was the result? No findings suggestive abnormality or Other ()
3	今後保健所や医療機関で検査の予定はありますか？ Do you have any plans of inspection at public healthcare centers or medical institutions? ある (YES) ・ ない (NO)
4	あると答えた方 それはいつですか？ 年 月頃 If YES above 3, when is it planned? yyyy mm

(2) 質問3で「はい」と記載があった場合
If YES in Question 3, go to auxiliary questions.

質問3 Question 3	このお子様が生まれてから（この2年間に）、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?
-------------------	---

確認する内容 Auxiliary questions. Please describe or mark ○(circle).

1	その時、結核にかかった方と接触があったとして、保健所や医療機関から検診をすすめられましたか？ Did the doctor recommend receiving medical examination as your child had contacted to the person who was infected with tuberculosis? はい・いいえ（例：年1回しか会わないので検診はいらないと言われた） YES or NO (e.g. Doctor said no need to medical examination due to few contact like once a year) ※いいえと回答した方は、ここで補助質問は終了です。 If NO, auxiliary question ended.
2	最後に検査（ツベルクリン反応検査または胸部レントゲン検査）を受けたのはいつ頃ですか？ When did your child receive last medical examination (tuberculin reaction test or chest X-ray examination)? 年 月頃
3	その結果はどうでしたか？ What was the result? 問題なかった その他（ ） No apparent abnormalities or Others()
4	今後、保健所や医療機関で検査の予定はありますか？ ある(YES) ・ ない (NO) Does your child have any plan to receive medical examination at healthcare center or medical institution?
5	あると答えた方 それはいつですか？ 年 月頃 If YES on above 4, When is it planned ? yyyy / mm (around)

(3) 質問4で「はい」と記載があった場合

If YES in Question 4, go to auxiliary questions.

質問4 Question 4	このお子様は、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？（高まん延国居住の場合） Did your child live in foreign country, where tuberculosis is highly prevalent, for more than six months in total in the past three years?
-------------------	--

確認する内容 Auxiliary questions. Please describe or mark ○(circle)

1	どちらの国にどのくらいの期間、滞在しましたか？ Which country and how long did your child stay? 国名（ ） Country () 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 Duration yyyy / mm / dd ~ yyyy / mm / dd
2	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レントゲン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 ? はい 年 月頃 いいえ YES(yyyy / mm around) or NO
3	その結果はどうでしたか？ What was the result ? 問題なかった その他（ ） No apparent abnormalities or Others()