

児童生徒結核検診問診票
Questionário Clínico para o Exame de Tuberculose

年度入学
Ano de ingresso na escola

学校名 Nome da Escola									
ふりがな 氏 名 Nome						男 ・ 女 M / F	年 月 日生 ano mês dia (Data de Nascimento)		
学 年 Ano escolar	小1 1ª série do shogakko	小2 2ª série do shogakko	小3 3ª série do Shogakko	小4 4ª série do shogakko	小5 5ª série do shogakko	小6 6ª série do shogakko	中1 1ª série do chugakko	中2 2ª série do chugakko	中3 3ª séri do chugakko
組 Classe									
番 号 Número									
記入日 Data de preenchimento									
保護者 確認印 Carimbo dos pais ou									

保護者の方へ
Aos Pais ou Responsáveis

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るためには、健康に気をつけなければなりません。

結核についての健康管理は大切であり、学校においては定期健康診断の中で実施していきます。この問診票は結核に関する健康診断が正しく行われるために必要ですので、保護者の方の正確な御記入をお願いいたします。

なお、この問診調査は結核検診以外には使用されません。

Para que os alunos possam aproveitar a vida escolar, é preciso tomar cuidado com a saúde. Além disso, a escola é um local de convívio em grupo e pode haver o contágio de doenças.

Portanto, é importante ter o cuidado da saúde em relação à tuberculose. Para isso, a escola realiza periodicamente exames médico.

O presente questionário clínico é necessário para a realização do exame de tuberculose. Portanto, favor preencher com precisão.

Este questionário clínico será usado somente para a realização do exame.

教育委員会
Secretaria de Educação

性 別
Sexo男 M ・ 女 F

氏 名
Nome

○ 太線枠内は保護者の方が記入してください。A tabela demarcada com linha grossa deve ser preenchido pelos pais ou respons á vel.

質問項目 Perguntas		学年 ano letivo	小学校1年 1ª s é rie do shogakko	小学校2年 2ª s é rie do shogakko	小学校3年 3ª s é rie do shogakko	小学校4年 4ª s é rie do shogakko	小学校5年 5ª s é rie do shogakko	小学校6年 6ª s é rie do shogakko	中学校1年 1ª s é rie do chugakko	中学校2年 2ª s é rie do chugakko	中学校3年 3ª s é rie do chugakko	
1	お子さまが今までに、結核性の病気（例、肺浸潤、胸膜炎、または肋膜炎、頸部リンパ節結核）にかかったことがありますか？ A crian ç a contraiu alguma doen ç a relacionada com a tuberculose nos ú ltimos 2 anos? (Ex: tuberculose pulmonar, pleurisia, mucosite, tuberculose linfonodal)		はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o
	「はい」の場合 No caso de "sim"	いつ頃ですか？ Quando foi aproximadamente?	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s
		病名を記入してください Informe o nome da doen ç a	病名（ Nome da doen ç a:		病名（ Nome da doen ç a:		病名（ Nome da doen ç a:		病名（ Nome da doen ç a:		病名（ Nome da doen ç a:	
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？ A crian ç a, por suspeita de cont á gio de tuberculose, tomou medicamento preventivo?		はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o
	「はい」の場合、いつ頃ですか？ No caso de "sim", quando foi?		年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s
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？ Desde que a crian ç a nasceu, houve caso de tuberculose na fam í lia ou algu é m que mora junto?		はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o
	「はい」の場合、いつ頃ですか？ No caso de "sim", quando foi?		年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s	年 ano	月 m ê s
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？ A crian ç a residiu fora do Jap ã o por mais de 6 meses nos ú ltimos 3 anos?		はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o
	「はい」の場合 No caso de "sim"	それはどこの国ですか？ Em qual pa í s?	国名（ Nome do pa í s		国名（ Nome do pa í s		国名（ Nome do pa í s		国名（ Nome do pa í s		国名（ Nome do pa í s	
		滞在期間を記入してください Preencha o per í odo de perman ê ncia.	年 月～ 年 月 ano m ê s até ano m ê s		年 月～ 年 月 ano m ê s até ano m ê s		年 月～ 年 月 ano m ê s até ano m ê s		年 月～ 年 月 ano m ê s até ano m ê s		年 月～ 年 月 ano m ê s até ano m ê s	
		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？ Quando retornou ou passou a residir no Jap ã o, realizou o teste tubercul í nico ou exame radiogr á fico do t ó rax?	受けていない N ã o	年 月頃受けた Sim. No ano m ê s	受けていない N ã o	年 月頃受けた Sim. No ano m ê s	受けていない N ã o	年 月頃受けた Sim. No ano m ê s	受けていない N ã o	年 月頃受けた Sim. No ano m ê s	受けていない N ã o	年 月頃受けた Sim. No ano m ê s
		ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico	ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico		ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico		ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico		ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico		ツ反検査・X線検査 Teste Tubercul í no / Exame Radiogr á fico	
		その結果はどうでしたか？ Qual foi o resultado?										
5	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？ A crian ç a teve recentemente tosse ou catarro por mais de 2 semanas?		はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o	はい Sim	いいえ N ã o
	「はい」の場合 No caso de "sim"	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？ Por causa da tosse ou catarro, fez algum exame ou tratamento mé dico?	受けていない N ã o	受けた Sim	受けていない N ã o	受けた Sim	受けていない N ã o	受けた Sim	受けていない N ã o	受けた Sim	受けていない N ã o	受けた Sim
		お子さまは、「ぜんそく」「ぜんそく性気管支炎」などといわれていますか？ A crian ç a foi diagnosticada como asma ou bronquite asm á tica?	ぜんそく等で はない N ã o	ぜんそく等で ある Sim	ぜんそく等で はない N ã o	ぜんそく等で ある Sim	ぜんそく等で はない N ã o	ぜんそく等で ある Sim	ぜんそく等で はない N ã o	ぜんそく等で ある Sim	ぜんそく等で はない N ã o	ぜんそく等で ある Sim
6	1年生及び転入者のみ Para aluno da 1ª s é rie ou transferido.		受けた Sim	接種年月日 Data de vacina ç ã o	年 月 日 ano m ê s dia							
	今までにBCG接種を受けたことはありますか？ J á tomou a vacina BCG?		受けていない N ã o	理由 Motivo	() 日程の都合がつかなかったから Por ter compromisso no dia da vacina ç ã o							

