

児童生徒結核検診問診票

แบบสอบถามเกี่ยวกับการตรวจวัณโรคของเด็กนักเรียน

年度入学 ปีที่เข้ารับการศีกษา

学校名 ชื่อโรงเรียน									
ふりがな ตัวอักษระนะ					男・女 ชาย.หญิง		年 月 日生ปี.....เดือน.....วันเกิด		
氏名 ชื่อนามสกุล									
学年 ชั้นปี การศึกษา	小1 ป.1	小2 ป.2	小3 ป.3	小4 ป.4	小5 ป.5	小6 ป.6	中1 ม.1	中2 ม.2	中3 ม.3
組 ห้องที่									
番号 หมายเลข									
記入日 วันที่เข้า เรียน									
保護者 確認印 ตราประทับ ของผู้ปกครอง									

保護者の方へ เรียนท่านผู้ปกครอง

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。

เพื่อให้เด็กมีความสุขสนุกสนานและใช้ชีวิตในโรงเรียนอย่างสำคัญจำเป็นต้องใส่ใจกับสุขภาพ การตรวจวัณโรคเป็นสิ่งสำคัญและทางโรงเรียนจัดให้มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ แบบสอบถามนี้จำเป็นสำหรับการตรวจวัณโรคที่ถูกต้องดังนั้นผู้ปกครองโปรดกรอกข้อมูลที่ถูกต้อง การสำรวจนี้จะไม่ใช่ นอกเหนือจากการตรวจวัณโรค

教 育 委 員 会

คณะกรรมการการศึกษา

○ 太線枠内は保護者の方が記入してください。ผู้ป่วยกรอกกรณารอกข้อมูลในรอบเส้นหนา

質問項目	学年		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		
	ประถมศึกษาปีที่1		ประถมศึกษาปีที่2	ประถมศึกษาปีที่3	ประถมศึกษาปีที่4	ประถมศึกษาปีที่5	ประถมศึกษาปีที่6	มัธยมศึกษาปีที่1	มัธยมศึกษาปีที่2	มัธยมศึกษาปีที่3			
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、頸部リンパ腺結核） にかかったことがありますか？ บุตรของท่านเคยเป็นโรควัณโรค หรือไม (หรือ การแทรกซึมของ ปอด,โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ,โรค เยื่อหุ้มหลอดอักเสบ,โรควัณโรค คอมน้ำเหลือง)	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	
	「はい」 の場合 在กรณี ที่ตอบใช่	いつ頃ですか？ เมื่อไหร่	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา
	病名を記入してください กรุณาใส่ชื่อของโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	病名 () ชื่อโรค	
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？ บุตรของท่านได้รับการวินิจฉัยว่าติด เชื้อวัณโรคหรือสงสัยว่าจะติดเชื้อ หรือไม่และเคยได้รับยาป้องกัน หรือไม่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	
	「はい」の 場合、いつ 頃ですか？ ในกรณีที่ตอบว่าใช่เมื่อไหร่	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา
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？	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	
	「はい」の 場合、いつ 頃ですか？ ในกรณีที่ตอบว่าใช่เมื่อไหร่	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา	年月頃ปี.....เดือน.....เวลา
4 「はい」 の場合 在กรณี ที่ตอบใช่	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？ บุตรของท่านเคยอาศัยอยู่ใน ต่างประเทศเป็นเวลามากกว่าครึ่ง ปีที่แล้วภายใน 3 ปีที่ผ่านมา หรือไม่？	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่
	それはどこ の国ですか？ ประเทศอะไร	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ	国名 () ชื่อประเทศ
	滞在期間を 記入してく ださい โปรดระบุระยะเวลาที่ อาศัยอยู่	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน	年月～年月ปี.....เดือน～.....ปี.....เดือน
	日本に帰国 あるいは住 み始めてから これまでに、 ツバルグリン反 疫検査または 胸部X線検査 を受けました か？ ก่อนกลับมาบ้านหรือเริ่ม อาศัยในญี่ปุ่นเคยได้รับ การตรวจ ผลปฏิกริยา เชื้อวัณโรคทูลูเบอคูลินหรือ เอกซเรย์ทรวงอกหรือไม่	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย	受けて いない 受けたปี.....เดือนที่ตรวจ ไม่เคย
その結果は どうでした か？ ผลการตรวจเป็นอย่างไร	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	ツ反検査・X線検査 ทูลูเบอคูลิน, เอกซเรย์ทรวงอก	

保護者記載欄の記入が必須

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？ บุตรของท่านมีอาการ "ไอ" หรือ "มีเสมหะ" เป็นเวลาต่อเนื่องกว่าสองสัปดาห์หรือไม่		はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่	はい ใช่	いいえ ไม่ใช่
	「はい」の場合に 記入してください	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？ บุตรของท่านเคยได้รับการรักษาหรือการตรวจไอหรือเสมหะหรือไม่	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย	受けていない ไม่เคย	受けた เคย
		お子さまは、「ぜんそく」「ぜんそく」「ぜんそく」性気管支炎などといわれていますか？ บุตรของท่านมีอาการ "หอบหืด" หรือ "โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง" หรือไม่	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด	ぜんそく等 ではない ไม่ใช่โรคหอบหืด	ぜんそく等 である มีอาการของโรคหอบหืด

6 小学1年生及び市外転入者のみ
 今までにBCG接種を受けたことはありますか？
 เฉพาะนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่1 และผู้ที่ย้ายมาอยู่ที่นี่ จนถึงปัจจุบันเคยได้รับวัคซีนป้องกัน BCG หรือไม่?

受けた
เคย

接種年月日
วันที่ฉีดวัคซีน
.....年.....月.....日

受けていない
ไม่เคย

理由
เหตุผล

()日程の都合がつかなかったから ()体調が悪く接種を見合わせたから その他[]
 (.....) เพราะตารางเวลาไม่สะดวก (.....) เพราะสุขภาพไม่ดีและต้องรอรับการฉีดวัคซีน เหตุผลอื่นๆ (.....)

学校医による 診察結果 判定 ผลการตรวจ โดย แพทย์ ประจำ โรงเรียน	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	要精密検査・ ต้องมีการตรวจอย่างละเอียด 要経過観察 ต้องมีการสังเกต 要保健所相談・ ปรึกษาศูนย์สุขภาพ 要早期受診 ตรวจพบแพทย์ 問題なし ไม่มีปัญหา	実施月日 วันที่ดำเนินการ年.....月.....日	検査項目 รายการตรวจ ツ反検査・X線検査 ทูบออดัม, เอกซเรย์ทรวงอก その他 () อื่นๆ (.....)	結果 ผลการตรวจ 要治療・経過観察・異常なし จำเป็นต้องรักษา / ติดตามผล / ไม่พบ ความผิดปกติ	備考 ข้อคิดเห็น
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

学校医定期
 学校医定期
 学校医定期