

# 健康相談問診票

(IGRA、X-P用)

受付番号	
相談日	年 月 日

この問診票は健（検）診が正しく行われるために必要なものです。  
健康状態について、正確な記入をお願いします。  
なお、この問診票は健康相談以外には使用しません。

★太枠内を記入して下さい

ふりがな		男・女	昭和 平成	年 月 日生
氏名				才
未成年の方へ (同意確認欄)	<input type="checkbox"/> 本日、エックス線検査を受検することを保護者へ相談し、同意を得ています。 <input type="checkbox"/> 検査結果に異常があった場合、当日検査結果を説明できないことを承諾します。 <input type="checkbox"/> 検査結果に異常があった場合、後日、保護者同伴で説明を聞きに来所することができます。			
住所				
連絡先	自宅： _____ 携帯： _____ ----- 保健所から連絡する必要がある場合の希望の連絡先： 自宅 ・ 携帯			
<p>1. 現在、治療中・経過観察中の病気はありますか？      なし ・ あり</p> <p>(1) ありの場合</p> <p>① 糖尿病    ② 高血圧    ③ 肺がん    ④ 気管支ぜん息</p> <p>⑤ その他</p> <p style="text-align: right;">}</p> <p>(2) (1)の病気で薬を飲んでいますか？</p> <p style="text-align: center;">いいえ ・ はい (      )</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>免疫を低下させる薬ですか？      いいえ ・ はい</p> <p>(3) (1)の病気で透析をしていますか？      いいえ ・ はい</p> <p>2. 現在、下記の症状はありますか？      なし ・ あり</p> <p>(1) ありの場合</p> <p>① 咳    ② 痰    ③ 痰に血が混じる    ④ 胸が痛い    ⑤ 全身がだるい</p> <p>⑥ 微熱がある    ⑦ 急にやせた(体重kg減)    ⑧ 寝汗をかく</p> <p>⑨ 血を吐いた    ⑩ 食欲不振</p> <p>(2) いつからですか？ (      )</p> <p>3. 女性のみお答えください。</p> <p>現在妊娠している、または妊娠の可能性はありますか？      なし ・ あり</p> <p>4. 今までに結核性の病気(肺結核、結核性胸膜炎など)にかかったことがありますか？</p> <p>なし</p> <p>あり (1) いつ頃： (      )</p> <p>(2) 治療状況： ① 忘れた    ② 治療していない</p> <p style="text-align: center;">③ 最後まで治療した</p> <p style="text-align: center;">(薬を使いましたか？      はい ・ いいえ )</p> <p style="text-align: center;">④ 途中で治療をやめた(理由：      )</p> <p>5. 今までに結核にかかった人と接したことがありますか？      なし ・ あり</p> <p>(1) ありの場合、どなたですか？</p> <p>① 家族(同居 ・ 別居)    ② 職場</p> <p>③ その他 (      )</p> <p>(2) いつ頃： (      )</p>				
<p>◎ 6・7・8は、結核に感染しているかどうかを調べる血液検査に来られた人のみ、ご記入ください。</p> <p>6. 4週間以内に麻疹(はしか)、風疹(三日はしか)、流行性耳下腺炎(おたふく風邪)、水痘(みずぼうそう)等のウィルス性の病気にかかりましたか？</p> <p style="text-align: center;">いいえ ・ はい</p> <p>7. 1か月以内に生ワクチン(麻疹、風疹、流行性耳下腺炎、水痘等)を接種しましたか？</p> <p style="text-align: center;">(インフルエンザワクチン・肺炎球菌ワクチンは生ワクチンではありません)</p> <p style="text-align: center;">いいえ ・ はい</p> <p>8. HIV検査を受けたことはありますか？</p> <p style="text-align: center;">いいえ ・ はい</p>				

保健所記入欄  
接触者健診 ・ 管理検診 ・ X-P検査(有料)