

TUBERCULOSIS QUESTIONNAIRE

結核健康診断問診票

_____ Elementary School

_____ School Principal 学校長

Dear Parent/Guardian

We feel it is important that children be in good health so that they can make the most of their school life. In order to do this we have a tuberculosis prevention programme as part of our series of regular health checks. We require every parent/guardian to fill out this tuberculosis questionnaire. It is important that you read the following questions and provide accurate answers. This information provided in this questionnaire will only be used for the purposes of your child's medical check-up.

保護者の皆様へお願い

子どもたちが楽しく意義ある学校生活を送るには、健康に気をつけなくてはなりません。結核についての健康管理は大切であり、学校生活においては定期健康診断の中で実施しています。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是非必要ですので、正確なご記入をお願いします。なお、この問診調査は健康診断の結核に関する健康診断以外には使用されません。

Date (Y.M.D) 記入年月日: _____ year / _____ month / _____ day

Child's Name : _____ Grade 年 _____ Class 組 _____ No. 番 _____ Your Name : _____

Questions 調査内容		Circle Either Yes or No どちらかに○をつけてください	
1	<p>Has your child ever had :</p> <p>Pulmonary tuberculosis, pleurisy, tuberculous pleurisy, tuberculous cervical lymphadenitis, hilar glandular tuberculosis, spinal caries (spinal tuberculosis), or any disease caused by the tuberculosis bacterium?</p> <p>このお子様が、今までに結核性の病気「肺結核、肺門リンパ節結核、結核性胸膜炎、ろく膜炎、頸部リンパ線結核、カリエス(骨の結核)等」にかかったことがありますか。結核性の病気とは、結核菌が原因で引き起こされる病気をいいます。</p>	<p>Yes はい</p> <p>Disease Name 病名: _____</p> <p>When? いつ _____</p> <p>Go to question 2</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 2</p>
2	<p>Has your child ever been prescribed preventative medication to after returning positive result from a TB test?</p> <p>このお子様が、過去に結核の感染を受けたとして、発病を予防する薬を飲んだことがありますか。</p>	<p>Yes はい</p> <p>When? いつ: _____</p> <p>Period on Medication 服用期間: _____</p> <p>Go to question 3</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 3</p>
3	<p>Has anyone who lives with you had tuberculosis, or has your child been around anyone with tuberculosis?</p> <p>このお子様が、生まれてから、同居していた家族あるいはお子様を預けるなどにより、よく接触した人の中で結核にかかった人がいますか。</p>	<p>Yes はい</p> <p>When? いつ _____</p> <p>Go to question 4</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 4</p>
4	<p>Has your child ever lived in a foreign country for more than a total of 6 months in the past 3 years?</p> <p>このお子様が、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。</p>	<p>Yes はい</p> <p>Which country? どの国 _____</p> <p>Go to question 5</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 5</p>
5	<p>Has your child had symptoms such as a cough, phlegm, or slight fever for more than the last 2 weeks?</p> <p>このお子様は、この2週間以上「せき」、「たん」、「微熱」といった症状が続いていますか。</p>	<p>Yes はい</p> <p>Go to question 6</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 6</p>
6	<p>Is your child receiving treatment for any of the symptoms mentioned in question 5?</p> <p>このお子様は、質問5の「せき」、「たん」、「微熱」といった症状で医療機関で治療や検査を受けていますか。</p>	<p>Yes はい</p> <p>Go to question 7</p>	<p>No いいえ</p> <p>Go to question 7</p>
7	<p>Does your child have asthma or asthmatic bronchitis?</p> <p>このお子様は、ぜんそくまたはぜんそく性気管支炎といわれていますか。</p>	<p>Yes はい</p>	<p>No いいえ</p>

For use of health care provider only 学校の記入欄

How is the child in school? (Health Checks etc) 学校生活のようす(健康観察等)

School Doctor's remarks 学校医の所見

Do you think it necessary to submit this document to the Children's Health Service Committee?
対策委員会への提出は必要か?

Yes

Circle the reason below 理由にし印をつけてください:

- Answered YES to at least one of questions 1-5 質問1~5のいずれかに「はい」があるため
- Considering the questionnaire and after examining the child, I think it necessary to conduct further examinations. 問診・診察の結果、検討の必要があると認められるため
- Other その他 ()

No

Circle the reason below 理由にし印をつけてください:

- Answered NO to questions 1-5. 質問1~5がすべて「いいえ」のため
- Answered YES to question 4, but the country is not considered a high-risk country for TB. 質問4が「はい」であるが、高まん延国ではないため
- Answered YES to question 5, but after examining the child I do not believe the symptoms to be caused by TB. 質問5が「はい」であり、問診、診察の結果により急性上気道炎や喘息等の症状であると考えられるため
- Last year it was decided that closer extermination was not required, and there has been no change in his/her condition since then.
昨年までの対策委員会で、精密検査不要となり、その後状況がかわっていないため
- As I am the child's primary physician I am thoroughly familiar with the condition of his/her health. 主治医であり、健康状態の把握ができているため
- Other その他 ()

Please check to make sure you answered all of the questions, and submit this document sealed in an envelope.