

(様式3)

## 体験入学健康チェック表

氏名		性別	男	女	
住所		生年月日	年	月	日
電話番号					

「はい」「いいえ」に該当するものを○で囲み、必要に応じて空欄にもご記入をお願いします。

調査内容		記入日 令和 年 月 日		
1	いままでに結核性の病気にかかったことがありますか？ (例 頸部リンパ腺結核、肋膜炎、肺浸潤、胸膜炎) 「はい」の場合、いつ頃ですか？また、その病名は何ですか？	いいえ	はい	年 月 頃
2	いままでに結核の感染を受けたとして、予防の薬を飲んだことがありますか？ 「はい」の場合、いつ頃ですか？また、その薬の名前は何ですか？	いいえ	はい	年 月 頃
3	このお子様が、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」の場合、いつ頃ですか？また、その人は誰ですか？	いいえ	はい	年 月 頃
4	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？ 「はい」の場合は、期間はいつですか？ また、その国の名前は何ですか？	いいえ	はい	年 月 ~ 年 月
5	この2週間の間に、「咳(せき)」や「痰(たん)」の症状が続くことはありましたか？ 「はい」の場合、治療や検査は受けましたか？	いいえ	はい	(受けた 受けない)
6	この2週間の間に、「熱」の症状が続くことはありましたか？ 「はい」の場合、治療や検査は受けましたか？	いいえ	はい	(受けた 受けない)
7	いままでに「喘息(ぜんそく)」や「喘息性気管支炎」などといわれていますか？	いいえ	はい	
8	いままでにアレルギー体質だといわれていますか？ (例 アトピー性皮膚炎、アレルギー性鼻炎、結膜炎) 「はい」の場合、その病名は何ですか？	いいえ	はい	病名( )
9	BCGの予防接種を受けましたか？	いいえ	はい	年 月 日

※ 項目5、6に○があり、病院に行っていない場合は病院受診をお願いします。