## To Guardians

We should take care of our children's health ble schoo life. The health care concernin T.B. is essential. Therefore we conduct T.B. che among the regular health checkup at school This inquiry is important to make T.B. checkup exactly and properly. Please answer and write down precisely. The information of this sheet is protected and controled by school and i going to be used only for T.B. check up.

## attention

- Please answer inside the heavy lined fr
- Circle the corresponding answers YES or and write down in the blanks if necessar

name						
sex		M	•		F	
Date of birth		year	mont	:h	day	
		ye	ar	mon	th	day
have you get shot		pleas	e ref	er	your	record
BCG?	No	rease because react Because name of	use or ion to se of	o to the	uberc e dis	
	uncertair	not s	ure y	es (	or no	l

irregular health check up
If you have instructed by the health cente
be sure to write the following item.

irregular	実施時期	平成	年	月頃
health	検査内容	tuberculin	test	
checup		<ul> <li>X–RAY</li> </ul>	• 喀疹	<b>及検査</b>

school fills next item

BCG mark of uncertain child y	es •	no
-------------------------------	------	----

h	調査内容	小学校 1 年 月 日記入	小学校 2 年 月 日記入	小学校3年 月 日記入	小学校 4 年 月 日記入	小学校 5 年 月 日記入	小学校 6 年 月 日記入	中学校 1 年 月 日記入	中学校 2 年 月 日記入	中学校3年 月 日記入
	1 Have you ever suffered from tubercular disease?	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
up	(例 頚部リンパ腺結核 肋膜炎・肺浸潤・胸膜炎)	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
te et	If yes, when? The name of disease?	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年月頃
	2 Have you ever taken preventi	<u> </u>	L J	L J	L J	L J	L J	L J	L J	L J
	medicine for being infected	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, when? Name of the medicine.	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃 [	年 月頃	年 月頃	年 月頃	年 月頃
	3 Since this child was born, have any one in your family	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	infected with T.B.?	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, when? Who?	年 月頃 「	年 月頃	年 月頃 「	年 月頃	年 月頃 「				
ŀ	4 Had this child lived in fore	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	countries more than 6month f the past three years?	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, when?	年月頃	年月頃	年月頃						年月頃
	which country?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	Does this child has the symp of couth phlegm for the past		いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	two weeks?	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, have you got treatmen or medical examination?	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない
	6 Does this child have been feverish for the past two	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	weeks?	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, have you got treatmen or medical examination?	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない	受けた 受けない
	7 Have you ever diagnosed with asthma or bronchial asthma?	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
		はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	8 Have you ever diagnosed with allergic constitution?	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ	いいえ
	(例 アトピー性皮膚炎 アレルギー性鼻炎・結膜炎)	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい	はい
	If yes, what is the name of disease?	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
	date of the reguler health check up	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日				年 月 日	年 月 日
L	dage by the concer decter	need examination	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要	要検討・検討不要
L	reference									