

- ・ () 家族に結核罹患歴がある。
家属中有患过结核病的人。
- ・ () 咳、熱、痰等の症状が2週間以上続いている。
连续两周有咳嗽、发热、咳痰等症状。
- ・ () 診察、問診等により学校医が必要と認めた。
经诊察和问诊，校医认为有必要。

4 受診にあたっての注意事項 去诊疗时的注意事项

- ① 引率は保護者が行って下さい。
请由家长带领孩子去。
- ② 胸部X線精密検査検診票に、必要事項を記入の上持参して下さい。
请将「胸部X线精密检查检诊票」中的必要事项填好一起带来。
- ③ 胸部X線直接撮影は上半身裸での実施が原則ですが、金具（ホック等）、ボタン類の無い肌着または、プリント印刷の無い無地の薄いTシャツ等であれば、着たままでも撮影可能です。（あらかじめ着ていること）

胸部X線直接撮影時，須将上半身全部脱光，但如果是没有使用金属或扣子等的内衣以及没有印花的素色薄汗衫的话，不用脱就可摄影（要事先穿好）。

- ④ 中央保健センターには駐車場がありません。車での来場はできません。
中央保健中心没有停车场，请不要开车来。
- ⑤ 検査の結果は、後日学校から通知いたします。
检查结果事后由学校通知您。

平成17年 月 日

年 組 () 保護者 様
 家长

学 校 長
 校 長

平成17年度結核健康診断の2次検査について 有关平成17年度结核病健康检查的第二次检查

皆様には、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、先般学校で実施いたしました結核健康診断の結果、船橋市結核対策委員会から、お子様に「ツベルクリン反応検査」の指示がありましたので、お知らせします。

つきましては、下記のとおり実施いたしますので受診されますようお願いいたします。

各位家长，你们好。

针对上次学校实施的结核病健康检查的结果，我校接到了船桥市结核病委员会关于您的孩子需要进行「结核菌素反应试验」的指示，特此通知。

为此，将实施如下内容的诊察，请务必前来接受。

記

1 検査日 ・接種日 平成17年 月 日 (時 ~ 時)
 检查日 接种日 点 点

・判定日 平成17年 月 日 (時 ~ 時)
 判定日 点 点

2 場 所 船橋市中央保健センター 1F 心電図室
 船橋市海神2-13-25
 地 点 船橋市中央保健中心 一楼 心电图室

3 今回、お子様がツベルクリン反応検査の対象となった理由
 这次，您的孩子需要进行结核菌素反应试验的理由

- ・ () 乳幼児期にツベルクリン反応陽性という理由で、BCG接種を行わなかった。
 乳幼児期因结合菌素反应为阳性，所以没作卡介苗预防接种。
- ・ () 診察、問診等により学校医が必要と認めた。

经诊察和问诊，校医认为有必要。

4 受診にあたっての注意事項
去诊疗时的注意事项

- ① 引率は保護者が行って下さい。
请由家长带领孩子去。
- ② ツベルクリン反応検査予診票に、必要事項を記入の上持参して下さい。
请将「结合菌素反应试验预诊票」中的必要项目填好一起拿来。
- ③ 中央保健センターには駐車場がありません。車での来場はできません。
中央保健中心没有停车场，请不要开车来。
- ④ 検査の結果は、当日直接保護者の方に通知いたします。
检查结果，当天直接通知家长。
- ⑤ 接種当日、急な発熱等で受診できなくなった場合は、必ず学校へ連絡して下さい。
接种当天，如果由于突然发烧等而不能去接种的话，务必与学校联系。
- ⑥ 判定の結果が「陽性」ですと、胸部X線直接撮影の該当者となります。
(引き続き、中央保健センターレントゲン室で撮影を行います。)

如果判定结果为「阳性」，将是胸部X线直接摄影的对象。
(请继续在中央保健中心X光检查室进行胸部摄影。)