

⑩

接触者健诊问诊票<QFT·T-SPOT用>

QFT 检查问诊票

检查实施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

请填写以下粗框内容。

姓名		出生年月日	/年 年龄 (/月 岁	/日 /个月)
地址					
电话号码	座机: (- -) 手机 ()				
单位 (职业)					
现在咳嗽, 痰, 低烧等身体不适吗? 请用○标出符合的症状, 并在()内填写从何时开始。	没有 有 (时期) 咳嗽 () 痰 () 发烧 () 疲劳感 () 体重减轻 () 胸痛 () 怀孕中 () 其它症状 ()				
现在是否有接受免疫抑制治疗, 或者可能患有免疫系统低下的疾病? 请用○标出符合的症状, 并在()内填写从何时开始。	没有 有 (时期) HIV 感染 () 艾滋病 () 脏器移植 () 糖尿病 () 白血病 () 肺尘病 ()				
迄今为止有没有接受治疗过结核或肺炎, 胸膜炎 (肋膜炎), 肺浸润等?	没有 有 时期 病名 治疗内容				
迄今为止有没有服用过预防结核发病的药物	没有 有 时期 有被建议服用但是没有服用				

有没有正在治疗过程中的疾病	没有 有 病名:
近期有没有接受过 X 光胸部检查以及结果	检查日 /年 /月 /日 结果 (①无异常 ②有所见) 没有检查
请填写迄今为止的结核菌素反应检查和 BCG 接种状况 (在所知范围内填写)	无 不明 有 (平成 年 月 日) 结核菌素反应检查 时期 年 月 日 年 月 日 BCG 接种 时期 年 月 日 年 月 日
家庭成员和周围的人 (朋友・同事等) 中是否有患结核或肺炎, 胸膜炎 (肋膜炎), 肺浸润等人员?	没有 有 关系 时期 病名

实施年月日 / / /
年 月 日 抽血时间 点 分

QFT 检查项目	检查结果	结果说明年月日	平成	年	月	日
TB 抗原	IU /ml	阴性 判定保留 阳性 判定不可				
MITOGEN	IU /ml					
NIL	IU/ml					

T-SPOT 检查项目	检查结果	结果说明月日	年	月	日
面板 A (ESAT-6) 面板 B (CFP10)	阳性 判定保留 阴性 判定不可				

实施地点 _____
医生姓名 _____
爱知县 保健所