

接 触 者 健 診 問 診 票 < QFT ・ T-SPOT 用 >

実施年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

太線枠内を記入してください。

氏 名		生年 月 日	/年 /月 /日 年 齢 (/歳 /か月)
住 所			
電 話 番 号	自宅:(_____) 携 帯 番 号 (_____)		
所 属 (職 業)			
現在咳、痰、微熱等体調の悪いことがありますか。 あてはまる症状を○で囲み、() 内にいつ頃からか御記入ください。	いいえ はい (時期) 咳 () 痰 () 発熱 () 疲労感 () 体重減少 () 胸痛 () 妊娠中 () その他の症状 ()		
現在、免疫抑制の治療を受けたり、免疫系低下の可能性のある病気がありますか。 あてはまる症状を○で囲み、() 内にいつ頃からか御記入ください。	いいえ はい (時期) HIV 感染 () エイズ () 臓器移植 () 糖尿病 () 白血病 () 塵肺症 () リンパ腫 () その他の悪性新生物 () その他の疾患 ()		
今までに、結核や肺炎、胸膜炎（肋膜炎）、肺浸潤等で治療をしたことがありますか。	いいえ はい 時期 病名： 治療内容		
今までに結核の発病を予防するための薬を飲んだことがありますか。	いいえ はい 時期 飲むように勧められたが内服できなかった。		

治療中の病気がありますか。	いいえ はい 病名：
直近の胸部 X 線撮影検査日及び結果	検査日 /年 /月 /日 結果 (①異常なし ②所見あり) 検査していない
今までのツベルクリン反応検査と BCG 接種について御記入ください。 (わかる範囲で結構です)	無 不明 有 (平成 年 月 日) ツベルクリン反応検査 時期 /年 /月 /日 /年 /月 /日 BCG 時期 /年 /月 /日 /年 /月 /日
家族や身近な方 (友人・同僚等) で結核や肺炎、胸膜炎 (肋膜炎)、肺浸潤等にかかった方はいますか。	いいえ はい 誰が 時期 病名

実施年月日 / / /
年 月 日 採血時間 時 分

QFT 検査項目	検査結果		結果説明月日 年 月 日
TB 抗原	IU/mL	陽性 判定保留	
MITOGEN	IU/mL	陰性	
NIL	IU/mL	判定不可	

T-SPOT 検査項目	検査結果		結果説明月日 年 月 日
パネル A (ESAT-6) パネル B (CFP10)		陽性 判定保留 陰性 判定不可	

実施場所 _____

医師名: _____

愛知県 保健所