

결핵설문지 (결핵검사 후 이상이 있을 경우 작성할 것)

성명		생년월일	
소속		연락처	

아래의 질문에 빠짐없이 응답하여 주시기 바랍니다.

- | | 예 | 아니오 |
|-----------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1) 잠복결핵(Latent TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2) 활동성결핵(active TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3) BCG 예방접종을 받았습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) 활동성 결핵 환자와 접촉한 적이 있습니까? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5) 활동성 결핵 증상 | | |

아래의 증상에 대해 해당여부를 표시하여 주십시오

	예	아니오
① 뚜렷한 원인 없이 2-3주 이상 지속되는 기침	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
② 피가 섞인 가래나 객혈	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
③ 체중감소	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
④ 야간의 식은땀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑤ 지속되는 발열	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
⑥ 피로 및 쇠약감	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>