



	<p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 2회 수두 예방접종 완료  <input type="checkbox"/> 1차 ( _____년 ____월) <input type="checkbox"/> 2차 ( _____년 ____월)</p>
<p><b>B형간염</b></p> <p>3회 B형 간염 예방접종력 또는 항체 검사 양성 결과를 기술하여 주십시오.</p>	<p><input type="checkbox"/> 3회 B형 간염 예방접종 완료  <input type="checkbox"/> 1차 ( _____년 ____월) <input type="checkbox"/> 2차 ( _____년 ____월)  <input type="checkbox"/> 3차 ( _____년 ____월)</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 항체검사 양성  검사일: _____ 결과 값: _____</p>
<p><b>결핵</b></p> <p>최근 6개월 이내의 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사 혹은 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사)와 <b>함께</b> 최근 6개월 이내의 흉부 X선 검사 결과를 기술하여 주십시오</p>	<p><input type="checkbox"/> 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사  검사일: _____  결과: _____ mm, 판독: <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성</p> <p><u>또는</u></p> <p><input type="checkbox"/> 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사)  검사일 : _____  결과 : <input type="checkbox"/> 음성 <input type="checkbox"/> 양성</p> <hr/> <p><input type="checkbox"/> 흉부 X선 검사 (최근 6개월 이내)  검사일: _____  결과: _____</p>
<p><b>* 투베르쿨린 (결핵) 피부 반응검사 혹은 인터페론 감마 분비 검사 (잠복결핵 검사) 양성 또는 흉부 x선 검사에 이상이 있는 경우 결핵 설문지를 작성하여 주십시오.</b></p>	

위와 같이 예방접종 및 결핵검진 사실을 증명합니다.

발 행 일 : \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

발급기관 : \_\_\_\_\_연락처 : \_\_\_\_\_

진 료 의 : \_\_\_\_\_(인)

# 결핵설문지

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"/>