

西元 年 月 日

問診單

X光編號

姓名	男 女
國籍	入境日期 年 _____ 月 _____

請回答下列問題。符合者請圈選或填寫。

1. 是否有下列症狀？

- 咳嗽
- 胸痛
- 食欲不振
- 咳痰
- 盜汗
- 倦怠感
- 發燒
- 體重減輕
- 其他

2. 最近一次照胸部 X 光是什麼時候？

年 () 月 () 日 ()
結果 · 無異常 · 有異常

3. 過去照胸部 X 光時，是否曾有異常？

→ · 否 · 是

4. 是否接種過卡介苗？

→ · 否 · 是

5. 最後一次接受皮膚結核菌素測驗的結果如何？

· 陽性 · 陰性 · 不清楚

6. 是否曾罹患重大疾病 (或動過手術) ？

· 否 · 是 → 哪種疾病 (手術) ? _____

7. 目前是否有正在治療的疾病？

· 否 · 是 → 哪種疾病? _____

8. 過去有無結核

· 無 · 有 → 是否服用過結核的藥物？
服用了什麼藥物? _____

9. 有無家族病史

· 無 · 不清楚 · 有 → 誰? · 父 · 母 · 兄弟姐妹 · 叔伯舅/姨孀姑
· 祖父/祖母 · 其他 _____

10. 是否懷孕？

→ · 否 · 不清楚 · 是 _____ 週