

Tanggal / /

Questionnaire

No. Rontgen

Nama	Pria	Wanita
Kebangsaan	Tanggal masuk ke Jepang Tahun / Bulan	

Jawablah pertanyaan berikut! Pilihlah jawaban dengan menggambar pada jawaban!

1. Apakah Anda memiliki gejala di bawah ini?

- Batuk
- Dahak
- Demam
- Sakit pada dada
- Keringat saat tidur
- Berat badan menurun
- Tidak nafsu makan
- Rasa tidak enak
- Lainnya

2. Kapan terakhir Anda periksa rontgen bagian dada?

Tahun () Bulan () Tanggal ()
Hasil · Normal · Ada kelainan

3. Apakah Anda pernah mendapatkan hasil rontgen bagian dada yang tidak normal sebelumnya?

→ · Tidak · Ya

4. Apakah Anda pernah imunisasi BCG?

→ · Tidak · Ya

5. Apa hasil tes Tes Reaksi Tuberkulin terakhir Anda?

· Positif · Negatif · Tidak tahu

6. Apakah Anda punya penyakit serius (atau operasi) sebelumnya?

· Tidak · Ya → Penyakit (operasi) seperti apa? _____

7. Apakah Anda memiliki penyakit yang sekarang dalam masa pengobatan?

· Tidak · Ya → Penyakit seperti apa? _____

8. Riwayat Tuberkulosis (TB)

· Tidak ada · Ada → Apakah Anda meminum obat TB?

Apa nama obatnya? _____

9. Riwayat Tuberkulosis (TB) keluarga

· Tidak ada · Tidak tahu · Ada → Siapa? · Ayah · Ibu · Adik/Kakak
· Paman/Bibi · Kakek/Nenek · Lainnya _____

10. Apakah Anda sedang mengandung?

→ · Tidak · Tidak tahu · Ya, _____ minggu

インドネシア語