様式第1号

結核検診　TB screening

**精密検査無料受診券(受診者用)**

**Free Medical Examination Ticket (For medical examinees)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分Category | 住民　・　学校 （小学校・中学校）Residents ・ Schools (Elementary ・ Junior . High) | 交付番号Issued number |  |
| 氏名Name |   | 男・女Male/Female | 生年月日Date of birth |  Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　 　年　　月　　日生(Year/Month/Day)　　　　　／　　／ |
| 住所・電話(住民検診の場合)Address and phone number (In case of residents' medical examination)学校名・学校の連絡先(学校の場合)Name of School and contact information (In case of school) | ○○市立〇〇学校　　　　　　　　　　　 　　TEL　　　（　）　　 |
| ※学校検診精密者※School medical checkup specialist | ツベルクリン反応検査Tuberculin Test | 4歳未満Below 4 years of age | Year 　　年　Month 　　月 | 成 績Result | 　　　　　　mm ( ) |
|  小１ ES 1 | Year 　　年　Month 　　月 | 成 績Result | 　　　　　　mm ( ) |
| 小2 ES 2 | Year 　　年　Month 　　月 | 成 績Result | 　　　　　　mm ( ) |
|  中１ JS 1 | Year 　　年　Month 　　月 | 成 績Result | 　　　　　　mm ( ) |
| 中2 JS 2 | Year 　　年　Month 　　月 | 成 績Result | 　　　　　　mm ( ) |
| 陽転年月日Positive transfer date | Year 年 　 Month 　 　月 　 Day 日 |
| B C G接種歴History of B C G vaccination | なし・あり 　No　・　Yes |
| ①Ｙ: 　年 Ｍ: 月 | ②Ｙ: 　年 Ｍ: 月 | ③Ｙ: 　　年　Ｍ: 月 |
| B C G瘢痕数/ Number of B C G scars |  　　　　　個　 |
| 既往Anamnesis | 結核の既往History of Tuberculosis | 無　・　有　(時期　 年頃、 治療期間 年 ヶ月)No / Yes (When : About 　 、Duration of therapy Year: Month: ) |
| その他Other | 疾病名　　　　　　　　 ,　時期 　　　　　　　　　年頃Disease name , Period About Year : |
| 家族または周囲の人の結核TB in family members or people around them | （１) いない ・　　（２）いる ( ①誰が Who?　　　　　　　　　　　　　　　)(1) No / (2) Have ( ②時期Period About　Year:　 年頃 ) |

精密検査無料受診券を御利用になる皆様へ

To those who use the free detailed examination ticket

・この受診券を利用して検査を受けられますと、その検査結果について、医療機関で各項目を記入し、費用の請求と共に市町村に送られます。

・If you take an examination using this medical checkup ticket, the medical institution will fill in each item of the examination result and send it to the city, town or village with a claim fees.

・この受診券を利用して検査を受けられる医療機関は決められていますので、各市町村の検査担当窓口に問い合わせしてください。

・The medical institutions that you can take the examination using this medical examination ticket are pre decided, so please contact the office in charge of the examination in each municipality.

・受診券の有効期限は、発行の日から1か月以内です。

・The expiration date of the consultation ticket is within 1 month from the date of issue.

・この件は（3枚複写）、医療機関に提出してください。

・Submit them (3 copies) to your healthcare provider.

・医療機関を受診するまでに、本人または保護者が、太枠の部分を記入してください。

・Before visiting the medical institution, the concerned person or his/her guardian should fill in the thick frame part.

(注)念のため受診時には保険証を持参してください。

**Note\*** Please carry your health insurance card during your visit to the medical institution.

発行日　令和　　　年　　　月

Issue Date　Reiwa　Year Month ○○市〇〇番地

発行元　　住所〒　　　　　　　　　　　　　　　 ○○市教育委員会　　　　　㊞

Issued agency Address 教育長　○○