様式第1号

結核検診

فارم نمبر 1　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 TUBERCULOSIS CHECK UP

**精密検査無料受診券(受診者用)**

**TUBERCULOSIS CHECK UP مفت ٹکٹ کے بارے میں**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区分سيکشن | 住民　・　学校 （小学校・中学校）اسکول ۔ ایڈریس | 交付番号ڈلیوری نمبر |  |
| 氏名نام  |   | 男・女F.M | 生年月日سالگرہ |  Ｍ・Ｔ・Ｓ・Ｈ　 　年　　月　　日生 |
| 住所・電話(住民検診の場合)ایڈریس / ٹیلیفون (رہائشی امتحان کی صورت میں)学校名・学校の連絡先(学校の場合)اسکول کا نام / اسکول سے رابطہ کی معلومات (اسکول کی صورت میں) | ○○市立〇〇学校　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　（　）　　 |
| ※学校検診精密者اسکول امتحان صحت سے متعلق شخص | ツベルクリン反応検査Tuberculinٹیسٹ | 4歳未満4 سال سے کم عمر |  年 月سال مہینہ  | 成 績نتیجہ | 　　　　　　mm ( ) |
|  小１ |  年 月سال مہینہ  | 成 績نتیجہ | 　　　　　　mm ( ) |
| 小2 |  年 月سال مہینہ  | 成 績نتیجہ | 　　　　　　mm ( ) |
|  中１ |  年 月سال مہینہ  | 成 績نتیجہ | 　　　　　　mm ( ) |
| 中2 |  年 月سال مہینہ  | 成 績نتیجہ | 　　　　　　mm ( ) |
| 陽転年月日مثبت تبدیلی کی تاریخ |  年 月 日تاريخ مہينہ سال  |
| B C G接種歴BCG ٹیکہ کی تاریخ | なし・ありNone / Yes |
| ① 年 月مہينہ سال  | ② 年 月مہينہ سال  | ③ 年 月مہينہ سال |
| B C G瘢痕数B C G داغوں کی تعداد |  　　　　　個　 تعداد  |
| 既往تاریخ | 結核の既往Tuberculin کی تاریخ | 無　・　有　(時期　 年頃、 治療期間 年 ヶ月)نہیں / ہاں (سال بھر ، علاج معالجے کے سالوں / مہینوں) |
| その他Other | 疾病名　　　　　　　　 ,　時期 　　　　　　　　　年頃سال بھر، وقت ،بیماری کا نام |
| 家族または周囲の人の結核Tuberculin خاندان یا آس پاس کے لوگوں کا | （１) いない ・　　（２）いる( ①誰が　　　　　　　　　　　　　　　) (1) نہیں ・ (2) ہاں　　　　　　　　　　　　( ②時期 　　　　　　　　年頃　　　　 ) |

精密検査無料受診券を御利用になる皆様へ

ہر ایک کے لئے جو مفت تفصیلی جانچ ٹکٹ استعمال کرتا ہے

・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。

・ اگر آپ اس مشورے کے ٹکٹ کا استعمال کرکے امتحان دے سکتے ہیں تو ، طبی ادارہ امتحان کے نتائج کے لئے ہر شے کو پُر کرے گا اور بل کے ساتھ بلدیہ کو بھیجے گا۔

・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。・ میڈیکل ادارے جن کے مشورے کے اس ٹکٹ کے استعمال سے جانچ کی جاسکتی ہے اس کا فیصلہ کیا گیا ہے ، لہذا براہ کرم ہر میونسپلٹی کے امتحانی کاؤنٹر سے رابطہ کریں۔

・受診券の有効期限は、発行の日から1か月以内です。

consultation مشورے کے ٹکٹ کی میعاد ختم ہونے کی تاریخ سے ایک ماہ کے اندر ہے۔

・この件は（3枚複写）、医療機関に提出してください。

・ براہ کرم یہ معاملہ (3 کاپیاں) میڈیکل ادارے میں جمع کروائیں۔

・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。

جب آپ کسی طبی ادارے کا دورہ کرتے ہیں تو ، آپ کو یا آپ کے سرپرست کو فریم بھرنا چاہئے۔

(注)念のため受診時には保険証を持参してください。

(نوٹ) جب آپ کسی بھی معاملے میں کلینک جاتے ہیں تو براہ کرم اپنا انشورنس کارڈ اپنے ساتھ لائیں۔

発行日　令和　　　年　　　月

اجراء کی تاریخ ریوا سال کا مہینہ

発行元　　住所〒

جاری کنندہ کا پتہ

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　○○市〇〇番地

○○市教育委員会　　　　　㊞

教育長　○○