評估日期：_____年____月____日

結核病症狀評估問卷

一、填寫人或填寫單位：_____

二、受訪者資料

姓名：_____　　身分證號：□□□□□□□□□ 性別：_____

戶籍地：_____鄉(區)　　出生日期：民國_____年_____月_____日

聯絡電話：_____

三、請問受訪者目前是否有以下症狀：

1. 咳嗽：□是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
2. 咳嗽有痰：□是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
3. 咳嗽帶有血絲：□是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
4. 胸痛：□是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
5. 發燒(下午後體溫超過 38 °C)：
   □是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
6. 沒有食慾：□是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
7. 夜間盜汗(夜間發生且汗流浹背到需要換衣服的程度)：
   □是，持續期間為 □未滿 2 週 □2-4 週 □4 週以上
   □否
8. 自覺不明原因體重減輕：□是
   □否

衛生局 LOGO

_____(政府)衛生局、衛生福利部疾病管制署關心您！

長照機構結核病防治症狀篩檢表

機構名稱：_____　　年　月

機構填寫																	衛生局填寫		
編號	姓名	IGRA結果	篩檢日期			七分篩檢					其他					總分	是否轉介(總分≥5分者才需填		
			(MM)	(DD)	無法評估(住院中/其它)	咳嗽兩週(0/2)	有痰(0/2)	胸痛(0/1)	食慾差(0/1)	體重減輕(一個月內體重減輕5%)(0/1)	咳嗽三個月(0/5)	有痰三個月(0/5)	午間低度發燒(耳溫≥ 37.5度,3天以上)(0/1)	夜間盜汗(3天以上)(0/1)	咳血(0/5)		否	是/轉介日期	

※本表每月填寫1份，請於次月5日前交給衛生局。
※IGRA陽性未治療或中斷治療者篩檢頻率為每2週1次，請另新增一列記錄當月第2次篩檢結果。