

結核病風險及症狀評估問卷

姓名：_____ 身分證號：□□□□□□□□□□ 戶籍地：_____鄉(區)
性別：_____ 出生日期：民國_____年___月___日 聯絡電話：_____
身高：_____公分 體重：_____公斤

(一) 為瞭解您的健康情形，請依自身實際狀況勾選：

1. 吸菸：是 否 曾經
2. 飲酒(一週內飲用超過7瓶330毫升罐裝啤酒或每次飲用超過3瓶330毫升罐裝啤酒)：是 否
3. 糖尿病人：是 否
4. 慢性腎衰竭或接受透析者：是 否
5. 曾接受胃切除或腸繞道手術：是 否
6. 曾接受器官移植：是 否
7. 曾經為結核病人：是 否

(二) 請問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



_____ (政府)衛生局、衛生福利部疾病管制署關心您！



