**결핵설문지**

**아래의 질문에 빠짐없이 응답하여 주시기 바랍니다.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **예** | **아니오** |
| 1) 잠복결핵 (Latent TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까? | **□** | **□** |
| 2) 활동성결핵 (active TB)에 대한 치료를 받은 적이 있습니까? | **□** | **□** |
| 3) BCG 예방접종을 받았습니까? | **□** | **□** |
| 4) 활동성 결핵 환자와 접촉한 적이 있습니까? | **□** | **□** |
| 5) 활동성 결핵 증상  |  |  |
| 아래의 증상에 대해 해당여부를 표시하여 주십시오 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **예** | **아니오** |
| ① 뚜렷한 원인 없이 2-3주 이상 지속되는 기침 | **□** | **□** |
| ② 피가 섞인 가래나 객혈 | **□** | **□** |
| ③ 체중감소 | **□** | **□** |
| ④ 야간의 식은땀 | **□** | **□** |
| ⑤ 지속되는 발열 | **□** | **□** |
| ⑥ 피로 및 쇠약감 | **□** | **□** |