

# NZビザ胸部レントゲン健診質問票

必ず事前にご記入の上健診日にご持参ください

出発予定日				年	月	日	未定		
パスポート表記のお名前(ローマ字で)									
姓(Surname)				名(Given name)					
性別	男	<input type="checkbox"/>	女	<input type="checkbox"/>	誕生日(西暦)	年	月	日	出生国
パスポート番号						発行国			
発効日	年	月	日	有効期限	年	月	日		
住所(〒 - )ふりがな									
e-mail address									
ビザの種類(下記11種類の中から1つ選び□にチェックを入れてください)									
<b>Temporary</b>									
<input type="checkbox"/> Visitor									
<input type="checkbox"/> Student									
<input type="checkbox"/> Worker with job offer									
<input type="checkbox"/> Worker without job offer									
<b>Residence</b>									
<input type="checkbox"/> Skilled/Business									
<input type="checkbox"/> Pacific Categories									
<input type="checkbox"/> Family									
<input type="checkbox"/> Humanitarian UNHCR									
<input type="checkbox"/> Humanitarian other									
<b>Work to Resience</b>									
<input type="checkbox"/> Worker									
<input type="checkbox"/> Family of worker									
現地での職業(Workerを選んだ方)									
滞在期間									
<input type="checkbox"/> 6ヶ月未満									
<input type="checkbox"/> 6か月-1年									
<input type="checkbox"/> 1-2年									
<input type="checkbox"/> 2年以上									



**KOBE KAISEI HOSPITAL**  
**MEDICAL FOUNDATION**  
3-11-15, SHINOHARA-KITAMACHI, NADA-KU  
KOBE 657-0068, JAPAN  
TEL:078(871)5201, FAX:078(871)5206

西暦 年 月 日

## 質問票 (胸部写真ビザ検診者)

神戸海星病院 国際内科

氏名： (生年月日： 年 月 日) 歳  
性別： 男性 女性 国籍：

以下の質問に対し、記入と丸印で該当項目を選択して下さい。

- 1) 結核について：
  - ・治療歴 無 有 (年度と期間： 年 月から 年 月まで ヶ月間)
  - ・結核の家族歴： 無 有 (父・母・兄弟姉妹・祖父母・その他)
  - ・最近2年間の結核患者との接触： 無 有
- 2) 以下の疾患罹患歴： 肺炎 気胸 胸部骨折 心臓疾患 胸部手術 その他
- 3) 以下の疾患治療歴： 糖尿病 HIV感染(AIDS) 喘息
- 4) 現在の状態： 発熱 全身倦怠感 長引く咳 ( 週間)  
顕著な体重減少 ( ヶ月間で Kg 減少)
- 5) 現在の喫煙： 無 有 ( 本/日 年間) 禁煙 ( 年前より)
- 6) 女性の方へ： 現在妊娠中、またはその可能性がありますか？ 無 有
- 7) 1ヶ月以内に新型コロナウイルス感染症の診断や診療を受けたことがありますか？  
無 有 (診断日 入院・宿泊施設・自宅療養 期間)

上記質問に正しく回答しました。

署名： \_\_\_\_\_