

學校健康紀錄：胸部 X 光（肺結核）

姓名_____ 男____ 女____ 出生年月日_____

檢查日期_____

家庭/個人肺結核史 _____

胸部 X 光判讀

醫師評估及建議

醫師簽名

醫療院所名稱

電話

醫療院所地址

官方印章