**學校健康紀錄 胸部X光 (肺結核)**

檢查日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 姓名： | 🞏男 🞏女 | 出生 年 月 日 |
| 家庭/個人肺結核史 | | |
| 胸部X光判讀 | | |
| 醫師評估及建議 | | |
| 醫療院所名稱 | 醫師簽名 | 電話 |
|  |  |  |

醫療院所地址：

官方印章