

學校健康紀錄 胸部 X 光（肺結核）

檢查日期：_____

姓名：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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

注意事項：此表單提供參考使用，醫療院所已有固定的檢查報表，提供醫療院所檢查報表為依據即可。