**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

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。