附表1

**2020年新生入学结核筛查表**

姓名： 性别： 年龄： 过敏史：

家长电话： 住址：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 结核病史 | 密切接触史 | 可疑症状 | | |
| 咳嗽咳痰2周以上 | 痰中带血或咯血 | 其它 |
|  |  |  |  |  |

医生签字：

时间：

PPD皮肤实验结果：

|  |
| --- |
|  |

记录者签字：

时间：

胸片（或DR）结果：

|  |
| --- |
|  |

医生签字：

时间：

筛查结论： 医院盖章: