**2025级新生入学结核筛查登记表**

**（请将结核筛查结果钉在此表后面）**

班级： 姓名： 性别： 年龄： 家长电话:

身份证号码: 现住址：

问诊

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

PPD皮肤实验结果(请填写详细mm数)：

|  |
| --- |
|  mm; |

胸片（或DR）结果：

|  |
| --- |
|  |

 医师签字:

 时间：