附表1 （打印此表请医生填写结果，再与结核筛查纸质结果装订一起交班主任）

**湖南师大附中2023级新生入学结核筛查表**

姓名： 性别： 年龄： 班级：

身份证号码: 现住址： 家长电话:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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(写多少毫米)：

|  |
| --- |
| mm; |

记录者签字：

时间：

胸片结果：

|  |
| --- |
|  |

医生签字：

时间：

如有做IGRA或EC检查，请将结果填写如下。没有做则无须填写此项。

|  |
| --- |
|  |

筛查结论： 医院盖章: