

學校健康紀錄：胸部 X 光 (肺結核)

姓名 _____ 男 _____ 女 _____ 出生年月日 _____

檢查日期 _____

家庭/個人肺結核史 _____

胸部 X 光判讀

醫師評估及建議

醫師簽名

醫療院所名稱

電話

醫療院所地址

官方印章