

學校健康紀錄 胸部 X 光（肺結核）

檢查日期：_____

姓名：	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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：

此表單僅供無正式證明使用，可繳交醫院診斷證明書。