附件3

|  |
| --- |
| 2024年新生入学体检结核病筛查结果登记表 |
| 学校名称（盖章）： 学校类别： |
| 年级： 班级： 班级总人数：  参加结核病筛查人数： 。筛查异常到结核病定点医疗机构接受进一步检查人数： 。   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 筛查  结果  姓 名 | 询问结果 | | 检查结果 | | | 肺结核  密切接触史 | 肺结核  可疑症状 | 结核菌素  皮肤试验 | 胸部X光片检查 | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   确诊结核病人数： 筛查机构：  填表说明：1、本表由各学校分班级填写，留存备查。   1. 学校类别：分幼儿园、小学、非寄宿制初中；寄宿制初中、高中（职业高中）；大学等。 2. 结核菌素皮肤试验结果填写硬结直径mm：（横径×纵径）。 |
|  |