附件4

北京市新生入学肺结核筛查记录表

学校全称： 学生姓名： 身份证号：

就读学段： ①幼儿园 ②小学 ③初中(非寄宿生) ④初中(寄宿生)

⑤普通高中 ⑥职业高中 ⑦中等专业学校 ⑧五年制高职 ⑨技工学校

**一、肺结核可疑症状或密切接触史**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.咳嗽、咳痰持续2周以上 | ①是 | ②否 |
| 2.反复咳出的痰中带血 | ①是 | ②否 |
| 3.反复发热持续2周以上 | ①是 | ②否 |
| 4.经常见面的家人、亲戚、朋友中2年内是否有肺结核病人 | ①是 | ②否 |

**二、结核菌素皮肤试验检查结果**

1.结核菌素皮肤试验机构盖章：

2.结核菌素皮肤试验时间： ；复验时间：

3.结核菌素皮肤试验结果：

①阴性 ②一般阳性 ③中度阳性 ④强阳性

⑤不适宜筛查及原因

4.是否需要进一步X线胸片检查：

①是 ②否（如是“否”筛查结束）

**三、X线胸片检查结果**

1.X线胸片检查机构盖章：

2.X线胸片检查时间：

3.X线胸片检查结果：

①未见异常（筛查结束） ②异常（请到定点医院进一步诊断）

**四、结核病定点医疗机构相关诊断信息**

1.诊断单位盖章：

2.诊断日期：

3.诊断结果：①除外活动性肺结核 ②活动性肺结核