人口密集機構

結核七分篩檢異常個案轉介單

機構名稱：_____**篩檢日期：**_____

篩檢者姓名：_____**身分證字號：**_____

結核病症狀篩檢	分數	有	無
（1）咳嗽 2 週	2 分		
（2）有痰	2 分		
（3）胸痛	1 分		
（4）沒有食慾	1 分		
（5）體重減輕	1 分		
合計分數____分 **（5 分以上請貴機構傳真至衛生局疾管科）** FAX: 02-24273025			