**附件2**

学校结核病健康体检检查表

（供高中新生入学体检使用）

姓名： 性别： 年龄：

学校: 身份证号码：

—、体检类别

初中、高中（含转校生）：需开展肺结核密切接触史、肺结核可疑症状的筛查、TST检测，肺结核可疑症状或TST检测强阳性进行胸部X光片检查。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体检项目 | 肺结核密切接触史 | 口有口无 | 医生签字： |
| 肺结核病可疑症状 | 口有口无 | 医生签字： |
| 结核菌素试验结果（阳性需要注明大小） | 口阴性 □一般阳性  口中阳性 □强阳性 | 医生签字： |

二、体检结果

体检机构（盖章）

体检时间：