

学生 / 教职员工作结核病健康体检表（正面）

西安

市

未央

县（区）

长安大学

学校

姓名	张三	性别	☐ 男 ☐ 女	出生日期	XX 年 XX 月 XX 日	免冠一寸 照片 (无需张贴)	
民族	XX 族	籍贯	XX 省 XX 市	职业	☐ 托幼儿童 ☐ 学生 ☐ 教师 ☐ 其他教职 工 (勾选学生)		
原毕业院校及班级	XX 中学 XX 班级			现所在学校 及班级	XX 学院 XX 专业		
家庭现住址	宿舍楼+宿舍号			联系电话	如实填写		
既往结核 病史	☐ 无 ☐ 有 (____年_月于____确诊____结核病) (如实填写)						
结核病密 切接触史	☐ 无 ☐ 有 (填写与患者关系)		肺结核可疑 症状	☐ 无 ☐ 咳嗽咳痰≥2 周 ☐ 咳嗽咳痰<2 周 ☐ 咳血或血痰 ☐ 其他 ()		医师签名 (不填)	
以上须学生如实填写，以下由工作人员填写。							
潜伏感染 检测 *	检测方法	检测 日期	报告 日期	检查结果 (mm)	局部反应	结果判定	医师签名
	☐ TST			横径： 纵径：	☐ 双圈 ☐ 水泡 ☐ 坏死 ☐ 淋巴管 炎 ☐ 其他	☐ 阴性 ☐ 一般阳性 ☐ 中度阳性 ☐ 强阳性	
	☐ C-TST					☐ 阴性 ☐ 阳性	
	☐ IGRA			---		☐ 阴性 ☐ 阳性	
胸部影像 学检查							医师签名
意见及建 议 *							体检机构盖章 日期：

注：1. 潜伏感染检测：①结核菌素皮肤试验，填写平均直径、局部反应。其中使用 PPD 检测，结果判定选阴性、一般阳性、中度阳性、强阳性其中一种；使用 EC 检测，结果判定选择阴性或阳性。使用 IGRA 监测，不填写平均直径和局部反应，判定结果选择阴性或阳性。

2. 意见及建议：如以上检查有阳性结果，需要进一步检查的，建议去定点医疗机构。

学生 / 教职工结核病健康体检告知书（背面）

尊敬学生、学生家长及教职员工：

您好！为保证所有在校学习和生活的同学们健康成长，杜绝结核病等传染病的校内传播，按照教育部和国家卫生健康委联合发布的《中小学生健康体检管理办法》、《学校结核病防控工作规范（2017 版）》及《中国学校结核病防控指南（2020 年版）》等文件要求，我校需对所有□入学新生 / □在校学生 / □新入职职工 / □在职职工进行结核病健康体检，建立健康档案，掌握学生及教职员工的健康状况，以便对患病师生做到早发现、早治疗、早干预，并就体检结果提出健康指导意见。

本次结核病筛查体检项目有：问诊（包括肺结核患者接触史和可疑症状的询问）；结核菌素皮肤试验或 γ -干扰素释放试验；影像学检查等项目。不同类型学校结核病筛查体检项目有所差异，体检机构将根据有关规定开展相应检查项目。

结核菌素皮肤试验需在左前臂屈侧做皮内注射，皮试后在原地休息 15-30 分钟，无不适方可离开。注射部位应避免手抓和接触污物，以免感染；不能涂抹任何药物和花露水、风油精、肥皂等，以免影响结果判断。结核菌素皮肤试验注射后一般无不良反应，曾患过结核病或过敏体质者局部可能出现水泡、浸润或溃疡，也可能出现不同程度发热，一般能自行消退或自愈，偶有严重者应及时到结核病定点医院就诊。注射后 72 小时（48~96 小时）需由体检医护人员进行结果查验。

如有急性传染病（如麻疹、百日咳、流行性感冒、肺炎等）、急性眼结膜炎、急性中耳炎、全身性皮肤病及过敏体质、以及医生判定暂不适合进行结核菌素皮肤试验的其他情况者，不宜进行结核菌素试验，请提前告知校方，可用 γ -干扰素释放试验替代。

本次潜伏感染筛查和胸部影像学检查需____年____月____日-____月____日，到指定机构_____进行检查。（医师填写）

本人或家长已阅读以上信息，对内容完全知晓和充分理解。

结核菌素皮肤试验禁忌症：☐无 ☐有（_____）（医师填写）

本人签名：（学生本人签名） 时间： 年 月 日

家长签名：（未满 18 周岁的学生须签署） 时间： 年 月 日