附表1：

65岁及以上老年人健康体检结核病筛查登记表

沙坡头区 乡（镇、社区） 村 登记查验人签字： 登记验证时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 年龄 | 联系电话 | 住址 | 结核病筛  查时间 | PPD查验时间 | PPD结果 | 胸片情况 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附表2：

糖尿病患者结核病筛查登记表

沙坡头区 乡（镇、社区） 村 登记查验人签字： 登记验证时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编号 | 姓名 | 年龄 | 联系电话 | 住址 | 结核病筛  查时间 | PPD查验时间 | PPD结果 | 胸片情况 | 备注 |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 合计 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

附件3：

**结核菌素试验结果通知单**

经我单位结核菌素试验检查， 结果为 mm，为了您的健康，请您凭此报告单到卫生院放射科进行X线胸片检查。

中卫市人民医院结核病门诊联系电话：0955-8810451

单位名称（盖章）

年 月 日