

胸部 X 光肺結核檢查報告(到校報到3日內完成)
Chest X-ray for Tuberculosis Report

基本資料 / Basic Data

| | |
|--|---|
| 姓名 : Name : | 性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex : |
| 國籍 : Nationality : | 護照號碼 : Passport No. : |
| 出生年月日 : <u>YYYY</u> / <u>MM</u> / <u>DD</u> Date of Birth : | |

X 光發現 / Findings : _____

判定 / Result :

- 合格 / Passed 疑似肺結核 / TB suspect 無法確認診斷 / Pending 不合格 / Failed
 孕婦免驗 / Not required for pregnant women

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

日期 / Date of Examination : YYYY / MM / DD

備註 / Note : 本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.