附件2

学校对**中小学班级晨检记录表**

属地： 市 县（市、区）

中学/小学： 班级

疫情管理员签名： 学校责任人签名：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 日期 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 联系电话 | 结核病可疑症状等描述 | 记录人签名 | 处置意见 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.班主任或班级卫生员，通过晨检发现学生有咳嗽、咳痰、发热、盗汗等结核病可疑症状者，填写本表前8列相关内容，并立即报告学校疫情管理员。

2.学校疫情管理员要追踪了解学生的诊断和治疗情况，并填写本表“处置意见”栏。