附件4

学校结核病可疑症状者或疑似（确诊）病例报告单

属地： 市 县（市、区）

结核病防治机构：

接收人姓名：

接收人电话：

我校进行（新生入学查体/教职员工体检/中小学晨检/因病缺课学生登记及病因追踪/个人主动就诊等）时，发现其学生（教职工），具有结核病可疑症状者或认为疑似结核病或确诊为结核病。其学生（教职工）基本信息如下：

1、姓名 性别 年龄

院系 班级 宿舍

籍贯 身份证号码

2、姓名 性别 年龄

院系 班级 宿舍

籍贯 身份证号码

3、4、………………………………………………………

现报告给你们，请进行核实和确认，并将确诊等情况及时反馈我们，我们将做好患病学生（教职工）的全程管理工作。

报告时间： 年 月 日

疫情管理员： 联系电话：

学校： （盖章）

（本报告单一式两份，由学校和结核病防控机构分别留存）