附件5

学校结核病可疑症状者或疑似（确诊）病例报告/转诊信息一览表

属地： 市 县（市、区）

学校：

疫情管理员签名： 学校责任人签名： 上报日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 日期 | 姓名 | 性别 | 年龄 | 专业 | 院系（班级） | 联系电话 | 转入机构名称 | 诊断结果 | 转诊日期 | 报告人 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：学校疫情管理员每月填写本表，于次月5日前报主管教育行政部门和属地结核病防控机构，并留存一份。