

附件1-2

長照機構結核病防治症狀篩檢表

機構名稱：_____

年__月

編號	姓名	IGRA結果	機構填寫										衛生局填寫						
			篩檢日期			七分篩檢				其他			總分	是否轉介(總分≥5分者才需填)					
			(MM)	(DD)	無法評估 (住院中/ /其它)	咳嗽兩 週 (0/2)	有痰 (0/2)	胸痛 (0/1)	食慾 差 (0/1)	體重減輕 (一個月內 體重減輕 5%) (0/1)	咳嗽 三個月 (0/5)	有痰 三個月 (0/5)		午間低度 發燒(耳 溫≥ 37.5 度,3天以 上)	夜間盜 汗(3天 以上) (0/1)	咳血 (0/5)	否	是/轉介日期	

※本表每月填寫1份，請於次月5日前交給衛生局。
 ※IGRA陽性未治療或中斷治療者篩檢頻率為每2週1次，請另新增一列記錄當月第2次篩檢結果。