

「MDR 結核病醫療照護體系」慢性傳染性肺結核病個案評估單

個案姓名： _____ 出生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

管理單位： _____

目前就醫醫院： _____

抗藥情形： _____

評估結果：(如評估結果不建議納入團隊收案，請敘明理由)

評估人： _____ 團隊主持人： _____

評估日期： _____ 年 _____ 月 _____ 日