附件14-11

結核病診療諮詢小組困難個案面訪回復單

縣市： **訪視日期：**

個案姓名： **身分證號：** **出生日：**

面訪原因：

□1.無病識感 □2.副作用 □3.服藥順從性不佳 □4.其他_____

詳述個案情形：（請衛生所填寫）

委員訪視情形及建議：（請委員填寫）

委員簽名：