

結核病診療諮詢小組困難個案面訪回覆單

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：