

## 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：