



学生姓名： _____ 学生证号： _____

学校/学年： _____ 年级： _____ 日期： _____

结核病症状评估

_____ 咳嗽超过三周

_____ 不明原因的发烧

_____ 咳血

_____ 不明原因的体重减轻

_____ 不明原因的胸痛

_____ 盗汗

_____ 食欲不振

_____ 疲劳

适用于六岁以下儿童

_____ 喘息

_____ 生长发育迟缓

_____ 活动量、玩耍积极性和/或精力下降

_____ 淋巴结肿大

_____ 性格改变

家长/监护人：请在下方签名：

_____ 该学生未与任何已知或疑似患有
结核病 (TB) 的人员接触过

_____ 自 _____ 进行的最后一次阴性结核病检测以来
在结核病高发国家居住或旅行。 _____ 该学生未曾

家长/监护人签名： _____ 日期： _____

学校护士签名： _____ 日期： _____

如果学生出现上述一种或多种症状，请在其入学前转介至其医疗保健提供者处进行进一步评估。

修订日期 1/29/2026