

表格 1
預防及控制疾病條例
(第 599 章)
結核病通知書
受感染人士的詳情

英文姓名：	中文姓名：	年齡/ 性別：	身份證/ 護照號碼：																																
住址：		電話號碼 (住宅)： (手提)： 病者本人： 家屬：																																	
工作地點/ 就讀學校/ 有關機構之名稱及地址：																																			
職位/ 就讀班級：		(辦公室/ 學校/ 其他)：																																	
被送往的醫院/ 診療所 (如有的話)：		醫院編號：																																	
結核病的部位 (請在適用處加上 ✓ 號)		痰液 (請加上 ✓ 號, 如有化驗報告請附上)		其他化驗樣本 (請註明及在下面加上 ✓ 號)：																															
<input type="checkbox"/> 肺部	<input type="checkbox"/> 腦膜	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td>塗片</td> <td>培養</td> <td>聚合酶鏈鎖反應測試</td> <td>塗片</td> <td>培養</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸膜</td> <td><input type="checkbox"/> 骨骼及關節</td> <td>陽性</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 淋巴結</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿系統</td> <td>陰性</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 粟粒性結核</td> <td><input type="checkbox"/> 生殖系統</td> <td>不知道</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 其他 (請註明)：</td> <td></td> <td>沒有化驗</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			塗片	培養	聚合酶鏈鎖反應測試	塗片	培養	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 骨骼及關節	陽性				<input type="checkbox"/> 淋巴結	<input type="checkbox"/> 泌尿系統	陰性				<input type="checkbox"/> 粟粒性結核	<input type="checkbox"/> 生殖系統	不知道				<input type="checkbox"/> 其他 (請註明)：		沒有化驗					
	塗片			培養	聚合酶鏈鎖反應測試	塗片	培養																												
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 骨骼及關節			陽性																															
<input type="checkbox"/> 淋巴結	<input type="checkbox"/> 泌尿系統			陰性																															
<input type="checkbox"/> 粟粒性結核	<input type="checkbox"/> 生殖系統			不知道																															
<input type="checkbox"/> 其他 (請註明)：		沒有化驗																																	
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 骨骼及關節																																		
<input type="checkbox"/> 淋巴結	<input type="checkbox"/> 泌尿系統																																		
<input type="checkbox"/> 粟粒性結核	<input type="checkbox"/> 生殖系統																																		
<input type="checkbox"/> 其他 (請註明)：																																			
在香港停留的期間： _____ 年		處置方法 (請在前面方格加上 ✓ 號及提供詳情)：																																	
病人是否有以前治療結核病的病歷 (請刪去不適用者)： 是/ 否		<input type="checkbox"/> 由 _____ (日期：日/月/年) 開始接受治療 <input type="checkbox"/> 正接受觀察 <input type="checkbox"/> 已獲轉介至 _____ 醫院/診療所/私人執業醫生 <input type="checkbox"/> 已於 _____ (日期：日/月/年) 去世																																	
如有，請列出他首次接受治療的年份： _____																																			

(請刪去不適用者)

我會自行安排傳染病接觸者接受檢驗。 / 請安排傳染病接觸者接受檢驗。

其他附註：

由下述醫生根據《預防及控制疾病規例》作出通知

_____ (請用正楷填寫姓名) 醫生於 _____ / _____ / _____ (日期：日/月/年)

_____ 醫院 / 診療所 / 私人執業診所 _____ 病房 / 單位 / 專科

電話號碼： _____ 傳真號碼： _____

(簽署)