

**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：		(辦公室/ 學校/ 其他)：																
職位/ 就讀班級：		醫院編號：																
被送往的醫院/ 診療所 (如有的話)：																		
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)																
<input type="checkbox"/> 肺部	<input type="checkbox"/> 腦膜	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">其他化驗樣本 (請註明及在下面加上 ✓ 號)：</td> </tr> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;">塗片</td> <td style="width: 33%;">培養</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 胸膜</td> <td><input type="checkbox"/> 骨骼及關節</td> <td>聚合酶鏈鎖反應測試</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 淋巴結</td> <td><input type="checkbox"/> 泌尿系統</td> <td>塗片</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 粟粒性結核</td> <td><input type="checkbox"/> 生殖系統</td> <td>培養</td> </tr> </table>		其他化驗樣本 (請註明及在下面加上 ✓ 號)：				塗片	培養	<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 骨骼及關節	聚合酶鏈鎖反應測試	<input type="checkbox"/> 淋巴結	<input type="checkbox"/> 泌尿系統	塗片	<input type="checkbox"/> 粟粒性結核	<input type="checkbox"/> 生殖系統	培養
其他化驗樣本 (請註明及在下面加上 ✓ 號)：																		
	塗片			培養														
<input type="checkbox"/> 胸膜	<input type="checkbox"/> 骨骼及關節			聚合酶鏈鎖反應測試														
<input type="checkbox"/> 淋巴結	<input type="checkbox"/> 泌尿系統			塗片														
<input type="checkbox"/> 粟粒性結核	<input type="checkbox"/> 生殖系統	培養																
<input type="checkbox"/> 其他 (請註明)：		陽性																
		陰性																
		不知道																
		沒有化驗																

在香港停留的期間： \_\_\_\_\_ 年

病人是否有以前治療結核病的病歷 (請刪去不適用者)：  
是/ 否

如有，請列出他首次接受治療的年份： \_\_\_\_\_

處置方法 (請在前面方格加上 ✓ 號及提供詳情)：

由 \_\_\_\_\_ (日期：日/月/年) 開始接受治療

正接受觀察

已獲轉介至 \_\_\_\_\_ 醫院/診療所/私人執業醫生

已於 \_\_\_\_\_ (日期：日/月/年) 去世

(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)