

결핵진단서
Certificate of TB (tuberculosis) Screening

사진

(Photo)
3.5cm×4.5cm

※ 철인 압인(간인) 날인

성명(Name)	성별(Sex) <input type="checkbox"/> 남(M) <input type="checkbox"/> 여(F)
생년월일(Date of Birth)	전화번호(Phone Number)
여권번호(Passport Number)	주소(Address)

I. 검사 내용(Medical examination results)

1. 과거 결핵 치료력(TB treatment history):

A. 없음(No) B. 있음(Yes) C. 치료 중(Under treatment)

2. 결핵 의심증상(Signs & Symptoms suggestive of TB): A. 없음(No) B. 있음(Yes)

3. 흉부X선 검사 일자(Date of Chest X-ray): dd / mm / yyyy

A. 정상(Normal) B. 완치 또는 비활동성결핵(Cured or Inactive TB)
C. 결핵 유소견(Suspected active TB)

4. 객담검사 일자(Date of sputum examination): dd / mm / yyyy

1) 객담도말검사(Sputum AFB smear): A. 음성(Negative) B. 양성(Positive)
2) 객담배양검사(Sputum *M. Tuberculosis* culture): A. 음성(Negative) B. 양성(Positive)
3) 핵산증폭검사(TB PCR): A. 음성(Negative) B. 양성(Positive) C. 미시행(Not done)

II. 결과(Interpretation)

1. 결핵환자 아님(No active TB)

2. 활동성 결핵 또는 결핵 의심(Active TB or suspected TB)

위와 같이 검사하였습니다.

The examination was performed as above

면허번호(License No.): / 의사성명(Name of Physician): (서명 또는 인/signature)

검사결과

(Summary of the examination)

위 피검사자의 한국체류에 대한 의견
(Remarks about examinee's domestic stay)

추가 정밀검사 필요성

(Additional close examination)

* 필요시 의사 의견서 첨부
(Attach doctor's opinion letter, if needed)

위 사람에 대한 건강 상태 평가 결과를 위와 같이 확인합니다.

We hereby certify that the examinee's health status is assessed as above.

dd. mm. yyyy.

○○○○의료기관장

(날인)

(○○○○ Chief of Hospital) (signature)