

[붙임 1-2] 결핵진단서 (재외공관용, 한·중)

결핵진단서  
结核诊断书

照片

( Photo )

3.5cm×4.5cm

※ 钢印或骑缝章

성명 (姓名)	성별 (性别) <input type="checkbox"/> 남 (男) <input type="checkbox"/> 여 (女)
생년월일 (出生日期)	전화번호 (电话号码)
여권번호 (护照号码)	주소 (住址)

I. 검사 내용 (检查项目)

1. 과거 결핵 치료력 (既往有无结核治疗经历) :

A. 없음 (无)  B. 있음 (有)  C. 치료 중 (现正治疗中)

2. 결핵 의심증상 (有无结核可疑症状) : A. 없음 (无)  B. 있음 (有)

3. 흉부X선 검사 일자 (X线胸片检查日期) : \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

A. 정상 (正常)  B. 완치 또는 비활동성결핵 (已彻底治愈或非活动性结核)   
C. 결핵 유소견 (拟诊为结核)

4. 객담검사 일자 (痰液检查日期) : \_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

1) 객담도말검사 (痰涂片) : A. 음성 (阴性)  B. 양성 (阳性)   
2) 객담배양검사 (痰培养) : A. 음성 (阴性)  B. 양성 (阳性)   
3) 핵산증폭검사 (核酸扩增) : A. 음성 (阴性)  B. 양성 (阳性)  C. 미시행 (未做)

II. 결과 (检查结果)

1. 결핵환자 아님 (非结核患者)

2. 활동성 결핵 또는 결핵 의심 (活动性结核或疑似结核)

위와 같이 검사하였습니다.

对上述人员进行了如上检查。

면허번호 (执业证书编号) : \_\_\_\_\_ / 의사성명 (医师姓名) : \_\_\_\_\_ (서명 또는 인/签或章)

검사결과 (检查结果)	
위 피검사자의 한국체류에 대한 의견 (对上述受检者在韩国滞留的意见)	
추가 정밀검사 필요성 (是否需要进一步仔细检查)	* 필요시 의사 의견서 첨부 (如需请另附医生处理意见书)

위 사람에 대한 건강 상태 평가 결과를 위와 같이 확인합니다.

对上述人员进行的健康状态评估结果如上, 特此确认。

\_\_\_\_\_년 \_\_\_\_\_월 \_\_\_\_\_일

○○○○의료기관장

(○○○○医院院长)

(날인)

(盖章)

[붙임 1-1] 결핵진단서 (재외공관용, 한·영)

결핵진단서

Certificate of TB (tuberculosis) Screening

사진

(Photo)

3.5cm×4.5cm

※ 철인 압인(간인) 날인

성명(Name)

성별(Sex)

남(M)  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)