



Dharma Realm Buddhist Association

The City of Ten Thousand Buddhas

4951 BODHI WAY, CA 95482, U.S.A. TEL: (707) 462-0939 FAX: (707) 462-0949

GENERAL HEALTH & TUBERCULOSIS CLEARANCE FORM

一般健康和肺結核檢查申報表

Instructions 說明

Section I: Basic Personal Information - filled out by the participant

Section II: Health and TB screening/clearance form must be performed and signed by a licensed physician within the last 12 months and updated every 4 years.

第一部分：個人基本資料 - 由參與者填寫

第二部分：健康和肺結核檢查 / 報告表 - 必須於過去 12 個月內由合法執照醫師完成與簽名，然後每 4 年更新一次。

Please return completed form to CTTB Medical Clinic in one of the following ways:

請將填好的表格通過下列方式之一，傳回 CTTB 醫療診所：

1) Upload during online registration process 網上報名註冊時將報告上傳

2) Email: cttbclinic@drba.org 電子郵件: cttbclinic@drba.org

3) Mailing Address: CTTB Clinic – Attention Donna Farmer, 4951 Bodhi Way, Ukiah, CA 95482

郵寄地址: CTTB Clinic – 收件人 Donna Farmer, 4951 Bodhi Way, Ukiah, CA 95482

Confidential Medical Information 醫療資訊以密件方式處理

SECTION I – filled out by participant 第一部分 - 由參與者填寫

Name 姓名 _____

Last 姓 _____ First 名 _____ Middle _____

Country of current residence 現在居住國家 _____

Birth Date 出生日期 ____/____/____ Gender 性別 ____Female 女 ____Male 男
Month 月 Day 日 Year 年

Emergency Contact: Name _____ relation _____ Phone _____
緊急聯繫人: 姓名 關係 電話

Medical Insurance/Travel Insurance Company _____ Policy # _____
醫療保險 / 旅遊保險公司 保單

Have you traveled abroad in the past month? Where? _____
您過去一個月有出國旅行嗎? 去哪裡?

SECTION II - filled out by physician 第二部分由醫師填寫

GENERAL HEALTH CONDITIONS 一般健康狀況

Any significant past medical history ____ No ____ Yes Specify _____
過去任何重要的病歷 ____無 ____有, 請說明

Allergy (medication, food, and others) ____ No ____ Yes Specify _____
過敏症 (藥物, 食物和其他) ____無 ____有, 請說明

Current Medications No Yes Specify _____

目前固定服用的藥物 無 有, 請說明

Wheel chair requirement 輪椅需求 No 無 Yes 有

Any other special needs No Yes Specify _____

任何其他特殊需要 無 有, 請說明

Any history and current psychiatric condition(s) 任何精神病史和目前的精神狀況

No 無

Yes 有 depression 憂鬱症 anxiety 焦慮症 bipolar 躁鬱症

PTSD 創傷後遺症 schizophrenia 精神分裂症

psychosis/hallucination 精神病 / 幻覺

Other 其他 _____

TB CLEARANCE 肺結核申報

Prior TB History 結核病史

Vaccinated with BCG 接種卡介苗 No 無 Yes 有

Treated for latent TB infection 治療潛伏性結核病感染 No 無 Yes 有 date of completion 完成日期 _____

Prior TB disease 結核病以前 No 無 Yes 有 date 日期 _____

Evaluation of signs and symptoms 病兆與症狀評估

No symptoms 無症狀 Date 日期 _____

Symptoms (check all that apply) 症狀 (請勾選所有符合的項目)

persistent cough 持續性咳嗽 unexplained weight loss 不明原因體重減輕

unexplained fatigue 不明原因的疲勞 unexplained night sweats 不明原因的盜汗

unexplained fever 不明原因發燒 loss of appetite 食慾不振

Evidence of TB Clearance 結核檢測申報證明

Mantoux PPD Date Given ___/___/___ Date Read ___/___/___ Results ___ mm

結核菌素皮膚測試 注射日期 ___/___/___ 判讀日期 ___/___/___ 結果 ___ mm

TB Blood Test Date Given ___/___/___ Results _____

結核菌的抽血檢查 抽血日期 ___/___/___ 結果 _____

Chest X-ray Date Given ___/___/___ Results _____

胸部 X 光片 日期 ___/___/___ 結果 _____

Additional Testing and Results 另外的測試和結果 _____ Date 日期 _____

*Medically cleared of TB YES NO Comments _____

醫學上無結核病之憂 是 否 註解 _____

Name of Physician (Print) 醫師姓名 (請用正楷書寫) _____

License 醫師執照# _____ State/Country 州/國 _____

Signature 醫師簽名 _____ Date 日期 _____

Address 地址 _____ Phone 電話 _____