

[붙임 1] 결핵검진확인서

결핵검진확인서 TB Clearance Certificate		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)

- 과거 결핵 치료력(TB treatment history):**
A. 없음(No) ☐ B. 있음(Yes) ☐ C. 치료 중(Under treatment) ☐
- 결핵 의심증상(Signs & Symptoms suggestive of TB):** A. 없음(No) ☐ B. 있음(Yes) ☐
- 흉부X선 검사 일자(Date of Chest X선):** dd / mm / yyyy
A. 정상(Normal) ☐ B. 완치 또는 치유된 결핵 소견(Cured or Healed TB) ☐
C. 활동성 결핵 소견(Suspected active TB) ☐ D. 비정상이나 결핵아님(Abnormal but non TB) ☐
- 객담검사(Sputum examination) * 객담 도말 및 배양검사는 각 3회씩 필수 실시**

연번	검사 일자	객담항산균도말검사 (Sputum AFB smear)	객담항산균배양검사 (Sputum AFB culture)	분자진단검사 (mWRD)
1	dd/mm/yyyy	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐
2	dd/mm/yyyy	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐
3	dd/mm/yyyy	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐	A. 음성(Negative) ☐ B. 양성(Positive) ☐ C. 미시행(Not done) ☐

II. 결과(Interpretation)

- 결핵환자 아님(No active TB)** ☐
- 활동성 결핵 또는 결핵 의심(Active TB or suspected TB)** ☐

위와 같이 검사하였습니다.
The examination was performed as above

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

검사 결과 (Summary of the examination) 위 피검사자의 한국 체류에 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)

[붙임 2] 결핵치료완료확인서

결핵치료완료확인서 Certificate of TB Treatment		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. 결핵 진단(TB diagnosis)

1. 결핵 진단 일자(Date of TB confirmation) dd / mm / yyyy

2. 약제감수성 종류(Drug susceptibility results of TB)

A. 감수성 결핵(Drug-sensitive TB) ☐ B. 다제내성/리팜핀단독내성 결핵(MDR/RR-TB) ☐

C. 광범위 약제내성 전 단계 결핵(Pre XDR-TB) ☐ D. 광범위 약제내성 결핵(XDR-TB) ☐

E. 기타 내성 결핵(Other drug resistance TB) ☐

II. 결핵 치료 결과(TB treatment outcomes)

1. 치료기간(Treatment duration): dd / mm / yyyy ~ dd / mm / yyyy

2. 치료결과(Treatments Outcome)

A. 완치(Cured) ☐

B. 완료(Completed Treatment) ☐

C. 치료 실패(Failed) ☐

D. 치료 중단(Defaulted) ☐

E. 평가미정(Undetermined) ☐

3. 치료결과 판정일(Treatment completion date): dd / mm / yyyy

위와 같이 치료하였습니다.

The treatment was performed as above

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

위 사람에게 대한 치료 상태 평가 결과를 위와 같이 확인합니다.

We hereby certify that the patient's treatment status is assessed as above.

dd. mm. yyyy.

○○○○의료기관장 (날인)

(○○○○ Chief of Hospital) (signature)