Department of Education
Dennis M. Walcott, Chancellor

所有新生必須接受結核菌苗測試（PPD Tuberculin Test）

_____
日期

警告信

請仔細閱讀

致下列學生的家長/監護人：_____ 班級：_____
學生姓名

紐約市教育局和紐約市健康和心理衛生局希望與您合作，確保您的子女身體健康並接受了所有重要的和必要的醫療測試。紐約市健康和心理衛生局規定，您的子女在入學之後的十四（14）個教學日內必須接受結核菌苗測試。請您務必要注意，***若沒有這項測試的結果，您的子女將被禁止上學。***

我們已在下面打勾註明您最遲在 _____所必須提供的文件，
日期

以免使您的子女***被禁止***上學：

☐ 註明日期的結核菌苗測試結果。結核菌苗測試必須在菌苗植入後的七十二（72）小時至九十六（96）小時內查驗結果，否則這項結核菌苗測試便無效。

☐ 註明日期的胸部 X 光檢查證明。

您可以選擇讓您的子女在紐約市健康和心理衛生局的一個診所免費接受測試或接受由自己的醫生所進行的測試。您可在學校查閱免費診所和/或醫療服務提供者的列表，您也可在教育局學校健康辦公室的網頁上找到這一資訊，網址是：http://schools.nyc.gov/Offices/Health/TuberculosisTesting/default.htm

謝謝您的合作。

誠致敬意！

校長

抄送：醫療主任
學生檔案