

## 健康檢查證明 (附表一)

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)

## ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type I)

(National Name, Hospital's Name, Address, Tel, FAX)

檢查日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(年) (月) (日)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D) (M) (Y)

Date of Examination

## 基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : _____	性別 : 男 Male 女 Female
Name : _____	Sex : _____
身份證字號 : _____	年齡 : _____
ID No. : _____	Age : _____
出生年月日 : ____ / ____ / ____	婚姻狀況 : 已婚 Married 未婚 Single
Date of Birth : ____ / ____ / ____	Marriage : _____
護照號碼 : _____	國籍 : _____
Passport No. : _____	Nationality : _____
居住縣市別 : _____	聯絡電話 : _____
County (Staying) : _____	Phone No. : _____

2 吋照片

2"Photo

## 病 史 (MEDICAL HISTORY)

您是否曾經感染過下列疾病：

Have you ever had diseases of the following：

A. 心臟病 Heart disease	有 Yes	沒有 No	I. 瘧疾 Malaria	有 Yes	沒有 No
B. 高血壓 Hypertension	有 Yes	沒有 No	a. 間日瘧 <i>Plasmodium vivax</i>		
C. 肺病 Lung disease	有 Yes	沒有 No	b. 卵型瘧 <i>Plasmodium ovale</i>		
D. 氣喘 Asthma	有 Yes	沒有 No	c. 三日瘧 <i>Plasmodium malariae</i>		
E. 肝病 Liver disease	有 Yes	沒有 No	d. 熱帶瘧 <i>Plasmodium falciparum</i>		
F. 糖尿病 Diabetes	有 Yes	沒有 No	J. 結核病 Tuberculosis	有 Yes	沒有 No
G. 腎臟病 Kidney disease	有 Yes	沒有 No	K. 登革熱 Dengue Fever	有 Yes	沒有 No
H. 癲癇 Epilepsy	有 Yes	沒有 No	L. 其他 : _____		

## 身 體 檢 查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高 : _____ 公分 cms	J. 肺臟 Lungs	正常 Normal	異常 Abnormal
B. 體重 : _____ 公斤 kgs	K. 肝臟 Liver	正常 Normal	異常 Abnormal
C. 血壓 : ____ / ____ 毫米汞柱 mmHg	L. 脾臟 Spleen	正常 Normal	異常 Abnormal
D. 脈搏 : _____ 次/分 times/min	M. 甲狀腺 Thyroid gland	正常 Normal	異常 Abnormal
E. 視力 : 右 _____ 左 _____	N. 淋巴線 Lymph nodes	正常 Normal	異常 Abnormal
F. 皮膚 : 正常 Normal 異常 Abnormal	O. 泌尿生殖器 External genitalia	正常 Normal	異常 Abnormal
G. 耳朵 : 正常 Normal 異常 Abnormal	P. 疝氣 Hernia	正常 Normal	異常 Abnormal
H. 眼睛 : 正常 Normal 異常 Abnormal	Q. 體肢運動 Locomotor	正常 Normal	異常 Abnormal
I. 心臟 : 正常 Normal 異常 Abnormal	R. 精神狀態 Mental condition	正常 Normal	異常 Abnormal
S. 其他 Others _____			

若是精神狀態異常, 病名是 \_\_\_\_\_ (If abnormal, specify disease.)

**實 驗 室 檢 查 (附表一)**

**(LABORATORY EXAMINATIONS)**

A.HIV 抗體檢查 ( Serological Test for HIV ) : 陽性 ( Positive ) 陰性 ( Negative ) 未確定 ( Indeterminate )	
a.篩檢 ( Screening Test ) :	EIA Serodia 其他 ( Others ) _____
b.確認 ( Confirmatory Test ) :	Western Blot 其他 ( Others ) _____
B.胸部 X 光檢查肺結核 ( Chest X-Ray for Tuberculosis ) :	
正常 ( Normal ) 異常 ( Abnormal ) _____	
<b>限大片攝影 ( Standard Film Only )</b>	
C.梅毒血清檢查 ( Serological Test for Syphilis ) : 陽性 ( Positive ) 陰性 ( Negative )	
a. RPR	b. VDRL c. TPHA d. 其它 ( Other ) _____

備註：本表供乙類外國人健康檢查時使用。

Remark : This form is for **Group B alien worker**.

結論：根據以上對\_\_\_\_\_先生/女士/小姐之檢查結果為 合格 不合格

Conclusion : The above medical report of Mr./Mrs./Ms.\_\_\_\_\_,He/She passes fails the checkup.

負責醫檢師簽章 : \_\_\_\_\_ ( Name & Signature )  
(Chief Medical Technologist)

負責醫師簽章 : \_\_\_\_\_ ( Name & Signature )  
(Chief Physician)

醫院負責人簽章 : \_\_\_\_\_ ( Name & Signature )  
( Superintendent )

日期 : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**本證明三個月內有效 ( Valid for Three Months )**

附錄：入國後健康檢查檢驗項目不合格之認定及處理原則

檢驗項目	不合格之認定及處理原則
人類免疫缺乏病毒抗體檢查	一、人類免疫缺乏病毒抗體檢驗經初步測試，連續二次呈陽性反應者，受聘僱外國人健康檢查指定醫院將檢體逕送指定確認機構再以西方墨點法(WB)作確認試驗。 二、連續二次(採血時間需間隔三個月)西方墨點法結果皆為未確定者，視為合格。未依規定期限進行複驗者，視同「不合格」。
胸部 X 光檢查	一、活動性肺結核(包括結核性肋膜炎)視為「不合格」。 二、非活動性肺結核視為「合格」，包括下列診斷情形：纖維化(鈣化)肺結核、纖維化(鈣化)病灶及肋膜增厚。 三、如經診斷為「疑似肺結核」及不合格或因故無法確認診斷時，由受聘僱外國人健康檢查指定醫院通知雇主，偕同受聘僱外國人攜帶體檢報告、胸部 X 光片、及前次體檢之胸部 X 光片，至指定確認機構複驗。
梅毒血清檢查	以 RPR 或 VDRL 其中一種加上 TPHA 之檢驗，如經診斷為陽性或下列疑似(假)陽性情形，由受聘僱外國人健康檢查指定醫院將血樣及檢查結果逕送指定確認機構，由其視需要配合其他精確檢驗(如：免疫球蛋白 M 等)綜合研判，確認診斷。 一、RPR 或 VDRL 任一為陽性，且 TPHA 值大於一比八。 二、RPR 或 VDRL 為陰性，且 TPHA 值大於一比一六。 三、RPR 或 VDRL 為陽性，TPHA 為陰性，但 RPR 或 VDRL 之半定量大於四倍以上。