

醫院標誌

Hospital's Logo

居留或定居健康檢查項目表 Health Certificate for Residence Application

(醫院名稱、地址、電話、傳真)

(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期/Date of Examination

YYYY/MM/DD

基本資料 / Basic Data

| | | |
|---|--|------------|
| 姓名： Name | 性別： <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex | 照片 / Photo |
| 身份證字號： ID No. | 護照號碼： Passport No. | |
| 出生年月日： Date of Birth : <u>YYYY / MM / DD</u> | 國籍： Nationality | |
| 年齡： Age | 聯絡電話： Phone No. | |

實驗室檢查 / Laboratory Examinations

A. 胸部 X 光肺結核檢查 / Chest X-ray for Tuberculosis :

X 光發現 / Findings :

判定 / Result :

- 合格 / Passed
 疑似肺結核 / TB suspect
 無法確認診斷 / Pending
 不合格 / Failed
孕婦或 12 歲以下兒童免驗 / Not required for pregnant women or children under 12 years of age

B. 腸內寄生蟲糞便檢查 / Stool Examination for Parasites :

- 陽性，種名 / Positive, Species
 陰性 / Negative
其他可不予治療之腸內寄生蟲 / Other parasites that do not require treatment
來自附錄三之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3

C. 梅毒血清檢查 / Serological Tests for Syphilis :

檢驗 / Tests :

- a. RPR VDRL
 陽性 / Positive，效價 / Titers
 陰性 / Negative，效價 / Titers
 b. TPHA TPPA FTA-abs TPLA EIA CIA
 陽性 / Positive，效價 / Titers
 陰性 / Negative，效價 / Titers
 c. other 陽性 / Positive，效價 / Titers
 陰性 / Negative，效價 / Titers

判定 / Result : 合格 / Passed 不合格 / Failed

- 15 歲以下兒童免驗 / Not required for children under 15 years of age

D. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates :

a. 抗體檢查 / Antibody Tests

麻疹抗體 / Measles Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal德國麻疹抗體 / Rubella Antibody 陽性 / Positive 陰性 / Negative 未確定 / Equivocal

- b. 預防接種證明 / Vaccination Certificates (證明應包含接種日期、接種院所及疫苗批號；接種日期與出國日期應至少間隔兩週 / The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine; the date of vaccination should be at least two weeks prior to traveling overseas.)
 麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate
 德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

漢生病檢查 / Examinations for Hansen's Disease

全身皮膚視診結果 / Skin Examination

正常 / Normal

異常 / Abnormal : 非漢生病 / Not related to Hansen's disease :

疑似漢生病須進一步檢查 / Hansen's disease suspect who needs further examinations

a. 病理切片 / Skin Biopsy :

b. 皮膚抹片 / Skin Smear : 陽性 / Positive 陰性 / Negative

c. 皮膚病灶合併感覺喪失或神經腫大 / Skin lesions combined with sensory loss or enlargement of peripheral nerves : 有 / Yes 無 / No

判定 / Result :

合格 / Passed 須進一步檢查 / Needs further examinations 不合格 / Failed

來自附錄四之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 4

健康檢查總結果 / The final result of health examination :

合格 / Passed 須進一步檢查 / Need further examinations 不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist :

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician :

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent :

日期 / Date : YYYY/MM/DD

備註 / Note : 本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.