

→ 病院名の入った印を押してください★ゴム印可
→ 日本人免除
→ 次頁注意事項を参照

見本



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

↓ 受診者の基本資料を記入してください 基本資料 / Basic Data 証明写真を貼ってください ↓

姓名 : Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex	照片 / Photo
身份證字號 : 中華民國籍のみ ID No.	護照號碼 : Passport No.	
出生年月日 : YYYY / MM / DD Date of Birth	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
↑ 該當欄に☑チェックを入れてください

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 該當欄に☑チェックを入れてください
☐ 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.) ↓ 抗体検査の結果が陰性で、予防接種を受けた場合は、
 ☐ 麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate チェックを入れ接種証明を添付してください
 ☐ 德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate
c. ☐ 有接種禁忌, 暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination

漢生病検査 / 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検査 / 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 ☐ 須進一步検査 / 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

↑ 該当欄に☑チェックを入れてください

健康検査總結果 / The final result of health examination :

- ☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步検査 / Need further examinations ☐ 不合格 / Failed

↑ 「合格」に☑チェックを入れていることを必ず確認してください。

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : 検査医者の署名及び捺印

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : 担当医者の署名及び捺印

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : 病院の責任者署名及び捺印

全部記入してください

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.

病院名の入った印

★病院のゴム印可

検査病院の名称(Hospital' Name):

住所(Hospital' Address):

電話&FAX(Hospital' TEL&FAX):病院朱肉印

注意事項:

※各検査結果の該当項目に☑チェックがない場合は無効

※Dの検査項目については、接種歴の有無に関わらず、抗体検査を受けること。

「陰性(Negative)もしくは麻疹予防接種證明/Measles Vaccination Certificate、德國麻疹予防接種證明/Rubella Vaccination Certificate」に☑チェックが入っている場合、予防接種証明の原本または直近3ヶ月以内の接種履歴記載がある母子手帳の原本及び名前記載のページと該当ページのコピーを添付して提出してください。

↑空白部分に病院名の入った印を押してください(ゴム印可)