

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

↓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 : ☐ 男 / M ☐ 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
↑日本国籍の方は免除されているので、該当欄に☑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 該当欄に☑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(接種歴の有無に関わらず、抗体検査を受けること)

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.) ↓予防接種を受けた場合は、☑チェックを入れ

☐ 麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate 接種証明書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

↑ 日本国籍の方は免除されているので、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 : ↓ 該当欄に☑チェックを入れてください

☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步検査 / 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 :

該当のある担当者欄に要署名

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.

★病院印

検査病院の名称(Hospital' Name):

住所(Hospital' Address):

電話 & FAX(Hospital' TEL&FAX):

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)」だった場合、「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☑チェックが入った上で、
新たに受けた予防接種証明の原本を提出すること。