

## 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	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:[B. 腸內寄生蟲糞便檢查]不要)

#### 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

- 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:[漢生病検査]不要)

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

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)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もしくは接種履歴の記載がある母子手帳の原本及び該当ページ、名前記載ページの写しの提出が必須