

醫院標誌

Hospital's  
Mark

## 健康證明應檢查項目 (乙表)

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)

## ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type B)

(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 : _____ Name : _____	性別 : 男 Male 女 Female Sex	2 吋照片  2"Photo
身份證字號 : _____ ID No. : _____	年齡 : _____ Age	
出生年月日 : ____ / ____ / ____ Date of Birth	婚姻狀況 : 已婚 Married 未婚 Single Marriage	
護照號碼 : _____ Passport No. : _____	國籍 : _____ Nationality	

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

## 身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高 : _____ 公分 cms Height	K. 肺臟 正常 Normal 異常 Abnormal Lungs
B. 體重 : _____ 公斤 kgs Weight	L. 肝臟 正常 Normal 異常 Abnormal Liver
C. 血壓 : _____ / _____ 毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	M. 脾臟 正常 Normal 異常 Abnormal Spleen
D. 脈搏 : _____ 次/分 times/min Pulse	N. 甲狀腺 正常 Normal 異常 Abnormal Thyroid gland
E. 體溫 : _____ Body Temperature	O. 淋巴腺 正常 Normal 異常 Abnormal Lymph nodes
F. 視力 : 右 Right 左 Left Vision	P. 體肢運動 正常 Normal 異常 Abnormal Locomotors
G. 皮膚 正常 Normal 異常 Abnormal Skin	Q. 精神狀態 正常 Normal 異常 Abnormal Mental condition
H. 耳朵 正常 Normal 異常 Abnormal Ears	若是精神狀態異常, 病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____.)
I. 眼睛 正常 Normal 異常 Abnormal Eyes	R. 其他 Others _____
J. 心臟 正常 Normal 異常 Abnormal Heart	

# 實驗室檢查

## 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 ) \_\_\_\_\_  
**限大片攝影 ( Standard Film Only )**
- C.腸內寄生蟲 ( 含痢疾阿米巴等原蟲 ) 糞便檢查 ( 採用離心濃縮法檢查 ) ( Stool examination for parasites includes *Entameba histolytica* etc. ) ( centrifugal concentration method ) :  
陽性 , 種名 ( Positive, Species ) \_\_\_\_\_ 陰性 ( Negative )
- D.癩病檢查 ( Check-up for Leprosy ) :  
陽性 ( 多菌、少菌性 ) ( Positive - MB, PB ) 陰性 ( Negative )  
診斷依據 ( 兩者之一即為陽性 ) ( Diagnosis if either of them positive ) :  
有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 )  
病灶抹片癩菌陽性 ( Finding bacilli in affected skin smears )

### 備註 :

- 一、本表供外籍人士等申請在台灣定居或居留時使用。
- 二、兒童六歲以下 ( 不含六歲 ) 可免辦理健康檢查 , 但應檢附完整預防接種證明備查。
- 三、妊娠孕婦可免接受「胸部 X 光檢查」。
- 四、女性外籍配偶應檢具德國麻疹抗體陽性檢驗報告或提供德國麻疹預防接種證明 : 抗體陽性 德國麻疹預防接種證明
- 五、根據以上對\_\_\_\_\_先生/女士/小姐之檢查結果為 合格 不合格。

### Remark :

- a. This form is for **residence application**.
- b. A child under six years old ( not including age 6 ) is not necessary to have laboratory examination, but the certificate of vaccination is necessary.
- c. A pregnancy woman is not necessary to have chest X-ray examination.
- d. Foreign female spouse should be tested for **Rubella Antibody Positive** or provide **Vaccination certificate** of Rubella:  
**Rubella Antibody Positive**      **Vaccination certificate** of Rubella
- e. Above the 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 )