EXEMPLE

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 : claude DUPONT	性別 Sex : ☒ 男 / M ☐ 女 / F	照片 / Photo
身份證字號 ID No. : —	護 照 號 碼 Passport No. : 21ED xxxx	
出生年月日 Date of Birth : 2005 / 6 / 1	國 籍 Nationality : Française	
年齡 Age : 17 ans	聯絡電話 Phone No. : 06xx07xx01	

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：Not required for applicants coming from France and others countries/areas listed on Appendix 3

☐ 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： COCHER LE TEST UTILISÉ ET LE RESULTAT. PAR EXEMPLE

SOIT a. ☐ RPR ☒ VDRL

☐ 陽性 / Positive，效價 / Titers _____ ☒ 陰性 / Negative，效價 / Titers _____

SOIT 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：

SOIT 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

SOIT 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 檢 查 / Examinations for Hansen's Disease

Not required for applicants coming from France and others countries/areas listed on Appendix 4

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：Signature du medecin + Tampon

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent：_____

日期 / Date：2022 / 06 / 15

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