

【健康檢查表範例】

請確認所有檢查欄位結果皆經醫生打勾確認，並有醫生蓋章及簽名。

【Эрүүл мэндийн шинжилгээний хуудсыг бөглөх жишээ】

Эрүүл мэндийн хуудас дээр буй шинжилгээний хариуны хэсэг бүр дээр эмчийн гарын үсэг тамгатай байх, хэрэв эрүүл мэндийн шинжилгээнд тэнцсэн бол passed гэсэн хэсэг дээр заавал зөв тэмдэг байх ёстойг анхаарна уу!

【Sample of Health Certificate】

Please make sure that each and every result was ticked, with the stamp and signature of doctor. The original reports should be attached.



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

2024/07/24

基本資料 / Basic Data

姓名： Name	性別： ☒ 男 / M ☐ 女 / F Sex	
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

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 ☐ BIA ☐ 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.)

漢生病檢查 / 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 : B. Nannayan

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : A. Forfeel

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : A. Forfeel

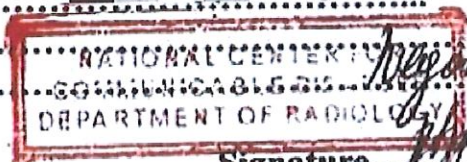
日期 / Date : 2024/07/24 / DD

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

National Center for Communicable Disease
Department of Radiology

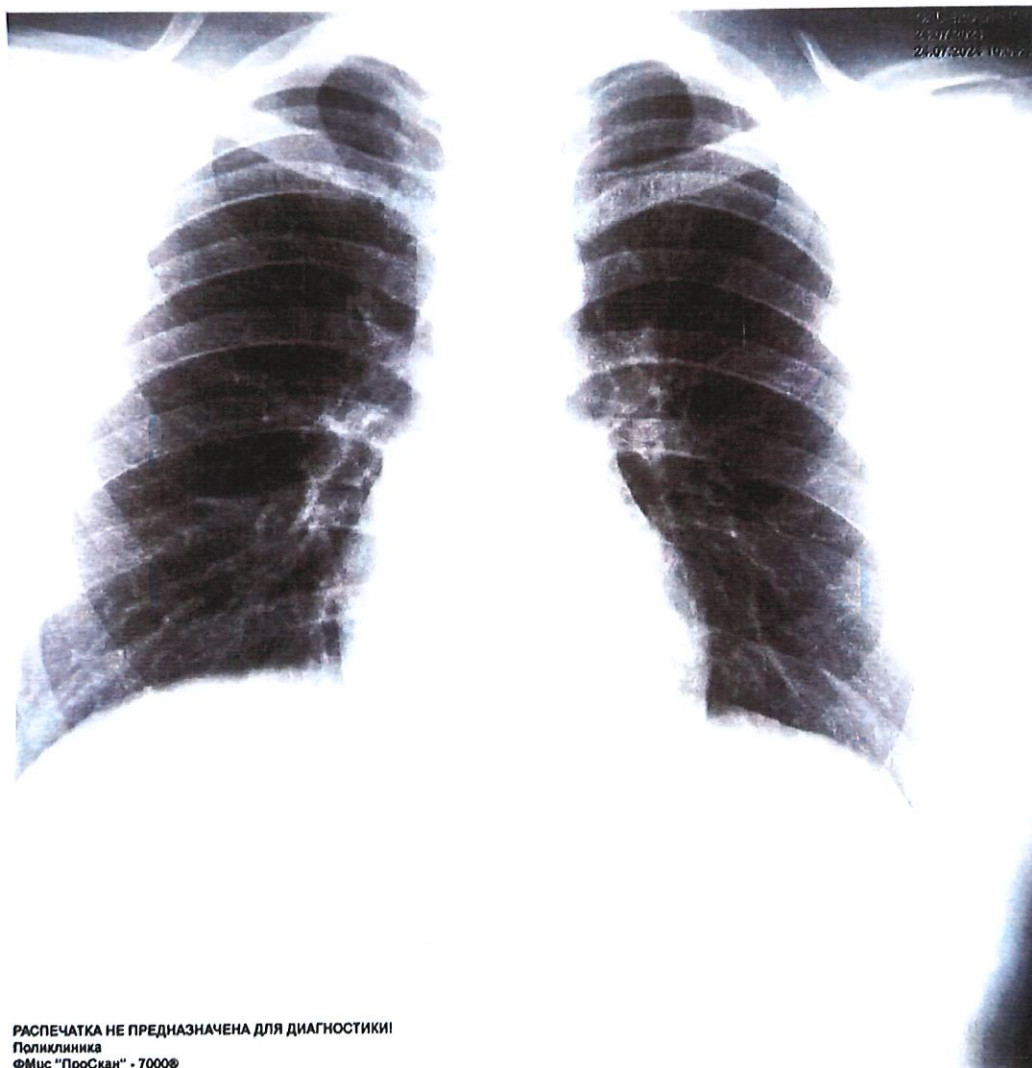
Chest X-ray examination №.....

Surname..... Age.....
Name..... Sex.....



Signature.....

Date.....20240724





NATIONAL CENTER FOR COMMUNICABLE
DISEASES MONGOLIA
/CDL-GEN-002-001/



RESULTS OF SYPHILIS TESTS

Sample ID:

Surname:

Given name:

Personal No: Sex: ☒ Male ☐ Female

Citizenship: Age:

Examination type/code:

Key population group/code:

Sample information				
Sender organization		Recipient organization*	NCCD - CDL - STI	
Type	☐ Whole blood ☐ Serum	☐ Spinal fluid ☐ Other	Volume	
Sample collection date		Sample received date		

Test result:

No	Test type	Reference value	Result
1.	TPHA	negative	
2.	RPR	negative	
3.	RPR titre	-	
4.	anti-T.pallidum IgG	negative	TP IgG(-)
5.	anti-T.pallidum IgM	negative	
6.	HISCL- TP Ab	0-1 C.O.I	
7.	VDRL	negative	
8.	PCR	negative	

Test completion date: 2024 07. 24

Performed by:

Approved by:

Phone: 462379, 454188
Fax: 458699, 462379.

Address: Ulaanbaatar, Bayan-Zurkh district, /1334
Nam-Yan-Ju street-32/1/ 1A campus. UB14210



NATIONAL CENTER FOR COMMUNICABLE
DISEASES MONGOLIA
/CDL-GEN-002-001/



RESULTS OF HIV TESTS

Sample ID:

Surname:

Given name:

Personal No:

Sex: ☒ Male ☐ Female

Citizenship:

Age:

Examination type/code:

Key population group/code:

Sample information			
Sender organization		Recipient organization	NCCD - CBL - STI
Type	☐ Whole blood ☐ Serum	☐ Spinal fluid ☐ Other	Volume
Sample collection date		Sample received date	

Test result:

No	Test type	Reference value	Result
1	Anti HIV1/2	Negative	HIV (-) NEGATIVE XHT0230
2	HIV-1 Quantitative	Not detected	
3	HIV-1 Viral load	Not detected	

Test completion date:

Performed by:

Approved by:



Шинжилгээний хариуны
маягт /НЛА-ЕР-002-001/



ШИМЭГЧ СУДЛАЛЫН ЛАБОРАТОРИЙН ШИНЖИЛГЭЭНИЙ ДҮН

Шинжилгээний мэдээлэл				
Эмгэг төрүүлэгч шимэгч илрүүлэх				
Зорилго	ФХЭБУ	ПГУ	Бичил харуур	
Төрөл	Үйлдвэрлэгчийн заавар	Үйлдвэрлэгчийн заавар	Үйлдвэрлэгчийн заавар	
Аргачлал				
Шинжлүүлэгчийн мэдээлэл				
Овог	Нэр	эрэгтэй	эмэгтэй	
Регистр	нас	Өвчний түүхийн дугаар		
Тасаг				
Сорьцны мэдээлэл				
Илгээгч байгууллага	Хүлээн авсан	ХӨСҮТ-НЛА-.....		
Төрөл	Цус	Ийлдэс		
Дугаар	Хэмжээ	Зорилго		
Сорьц авсан огноо	20... огноо... дөр	Лабораторид сорьц хүлээн авсан огноо	20... огноо... дөр	
Онош				

Шинжилгээний дүн:				
д/д	Шинжилгээний нэр	Лавламж хэмжээ	Үр дүн	Тайлбар
1	Шимэгч хорхойн өндөг	Negative	ХӨСҮТ	
2	Хачигт энцефалитийн вирусийн эсрэг IgG	Negative	Шинжлүүлэгчийн лаборатори	
3	Хачигт энцефалитийн вирусийн эсрэг IgM	Negative	Шинжлүүлэгчийн өндөг илрээгүй	
4	Хачигт боррелын эсрэг IgG	Negative		
5	Хачигт боррелын эсрэг IgM	Negative		
6	Echinococcus-ын эсрэг IgG	Negative		
7	Toxoplasma gondii-н эсрэг IgG	Negative		
8	Malaria-ын эсрэг IgG	Negative		
9	Үхрийн туузан хорхойн эсрэг IgG	Negative		
10	Rickettsia-ын эсрэг IgM	Negative		

Шинжилгээ эхэлсэн огноо: Дууссан огноо:
Шинжилгээ хийсэн: Лаборант Шинжээч эмч:
Хянасан: Лабораторийн эрхлэгч:
20250724



Утас: 462379, 454188
Факс: 458699, 462379.

Хаяг: УБ. БЗД. 14-р хороо /1334 Нам-Ян-Жу-гийн
гудамж-32/1/ 1А байр. УБ14210

NATIONAL CENTER FOR COMMUNICABLE DISEASES (NCCD),

MINISTRY OF HEALTH

Address: Nam Yan Ju Street, 14 Khoroo, Bayanzurkh District, Ulaanbaatar 210648, Mongolia (Postal Branch No 48) Tel: +976-11-453849

CERTIFICATE OF VACCINATION

Given name:



Surname:

Date of birth:

29.Jan.2007

ID code:



Sex:

M

City:

Ulaanbaatar

Country:

Mongolia

	Prescription	Vaccinated data						
		First dosage				Booster dosage		
		1	2	3	4	1	2	3
1	MMR	23.Jul.24						

Head of Outpatient Clinic



Handwritten signature

23 July 2024

B.Saruul /MD.PhD /