

醫院標誌 Hospital Logo	傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果表 (國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機) Typhoid, Paratyphoid and Shigella Diagnostic Evaluation Form (Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)	檢查日期 ____/____/____ (年)(月)(日) ____/____/____ (D)(M)(Y) Date of Examination
--------------------------	--	---

姓名： Name	護照號碼： Passport No.
-------------	-----------------------

症狀問診(Symptom Inquiry)	
發燒(fever)(demam)	<input type="checkbox"/> 無(No) <input type="checkbox"/> 有(Yes)(發燒個案加做血液培養)
腹痛(abdominal pain)(sakit perut)	<input type="checkbox"/> 無(No) <input type="checkbox"/> 有(Yes)
腹瀉(diarrhea)(diare)	<input type="checkbox"/> 無(No) <input type="checkbox"/> 有(Yes)
傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查(糞便)培養結果(Stool Culture)	
(在印尼健康檢查免驗，not required for medical examination done in Indonesia)	
<input type="checkbox"/> 陽性(Positive) _____	
<input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 檢驗結果確認中(Pending)	
傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查(血液)培養結果(Blood Culture)	
(在印尼健康檢查免驗，not required for medical examination done in Indonesia)	
(發燒個案須加做血液培養)	
<input type="checkbox"/> 陽性(Positive) _____	
<input type="checkbox"/> 陰性(Negative) <input type="checkbox"/> 檢驗結果確認中(Pending)	

備註：

1. 入國後 3 日內健檢之傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果，未能於 7 日內完成鑑定者，健檢醫院得勾選「檢驗結果確認中」出具報告，以利雇主申辦聘僱許可。
2. 糞便培養與血液培養結果，任一為陽性者，即視為陽性；任一為結果確認中者，即視為結果確認中。

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) : ____/____/____