

※醫院の印章

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

↓受診者の基本資料を記入してください 基本資料 / Basic Data 証明写真を貼ってください↓

姓名 : Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex	照片 / Photo
身份證字號 : 中華民國籍のみ ID No.	護照號碼 : Passport No.	
出生年月日 : YYYY / MM / DD 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

↑該當欄に☑を入れてください

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 ←該當欄に☑を入れてください  
 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.) 接種日、接種機關及びロット番号をご記入ください

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

→ 日本人免除

a、b 共に要検査

a か b に☑を入れてください

**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

↑該当欄に☑を入れてください

→ 日本人免除

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

↑該当欄に☑を入れてください

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : 検査医者の署名及び捺印

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : 検査医者の署名及び捺印

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : 検査医者の署名及び捺印

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.

全てご記入ください

## 居留或定居健康検査項目表の注意事項

日本におきましては、本健康検査に関して**指定された医療機関はございません**。「居留または  
定居健康検査項目表」を印刷の上、医療機関または海外渡航向けの健康診断を実施しているク  
リニック等に、当該項目の記入が可能かをご確認ください。

※6歳以下の児童につきましては、健康診断が免除となっております。1歳以上6歳以下の申  
請者につきましては、「居留または定居健康検査項目表」の提出は不要となりますが、ビザ申  
請時には以下のいずれかの書類を提出する必要があります。

- 予防接種証明書の原本及びコピー

または

- 母子手帳の原本及び下記のページのコピー：

- ①表紙
- ②発行機関の押印があるページ
- ③予防接種履歴の記載があるページ

### 医療機関参考用：

- 一、 「B. 腸内寄生虫糞便検査 / Stool Examination for Parasites」：

付録三（腸内寄生虫糞便検査免除国・地域一覧）をご確認いただき、申請者が検査免除対象で  
あるかをご確認ください。基準は、パスポートの発行国・地域となります。

検査免除対象である方は「**来自附録三之國家／地區者免驗 / Not required for applicants  
from countries/areas listed in Appendix 3**」欄に必ずチェックを入れていただく必要があ  
ります。

- 二、 「C. 梅毒血清検査 / Serological Tests for Syphilis」：

- （一）、 不合格判定基準

1. 梅毒治療歴がない、または不明であり、非トレポネーマ検査およびトレポネーマ検査の両  
方が陽性である場合。
2. 梅毒治療歴があり、非トレポネーマ検査の抗体価が4倍以上である場合。

- （二）、 検査の種類 **※両方の検査が必要**

1. 非トレポネーマ検査：RPR または VDRL
2. トレポネーマ検査：TPHA、TPPA、TPLA、EIA、CIA、FTA-abs

- （三）、 不合格となった場合

治療を受けた医療機関が発行した完治証明書が必須です。

(四)、 判定欄について

検査結果は、「判定 / Result」欄に明記してください。

三、 「D. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性検査報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates」:

受付できる例:

1. 「a. 抗体検査 / Antibody Tests」欄において、「麻疹抗体 / Measles Antibody」および「風疹抗体 / Rubella Antibody」がともに「陽性 / Positive」となっている。
2. 抗体のいずれか（または両方）が、「陰性 / Negative」となっているが、医療機関発行の予防接種証明書がある。
3. 抗体のいずれか（または両方）が、「未確定 / Equivocal」となっているが、「b. 予防接種証明 / Vaccination Certificates」欄にチェックがあり、医療機関発行の予防接種証明書（※1）がある。
4. 「c. 有接種禁忌、暫時不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination」欄にチェックがある。

※1. 医療機関発行の予防接種証明書が無い場合、母子手帳に基づいて、医療機関が健康診断書に「接種日、接種機関及びロット番号」を記入。

※2. 予防接種証明書は、当処にて健康診断書と併せて原本の提出が必要。

※3. ビザ申請は、麻疹および風疹のワクチン接種日の翌日から2週間後に受付可能。

四、 漢生病検査 / Examinations for Hansen's Disease :

付録四（ハンセン病検査免除国・地域一覧）をご確認いただき、申請者が検査免除対象であることを確認してください。基準は、パスポートの発行国・地域となります。

検査免除対象である方は「來自附録三之國家／地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3」欄に必ずチェックを入れていただく必要があります。

五、 「居留または定居健康検査項目表」2 ページ目に記載されている「健康検査総結果 / The final result of health examination」欄において、「 合格 / Passed」にチェックがあることが必要です。また、検査実施者、医師、病院代表者の署名および病院名の記載、押印があることが必要です。