



居留或定居健康檢查項目表  
Health Certificate for Residence Application

SAMPLE

(醫院名稱、地址、電話、傳真)  
(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination  
2016 年 月 日

基本資料 / Basic Data

姓名 : 沖繩 花子 Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input checked="" type="checkbox"/> 女 / F Sex
身份證字號 ID No.	護照號碼 : TH1111111 Passport No.
出生年月日 : 年 月 日 Date of Birth	國籍 : 日本 Nationality
年齡 : Age	聯絡電話 : 090-1234-5678 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 : 正常 Normal

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  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 :

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.)

- 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

#### 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

負責醫檢師簽章 / Signature & Seal of Chief Medical Technologist : 崎原 永辰 印  
担当医師の署名及び捺印

負責醫師簽章 / Signature & Seal of Chief Physician : 崎原 永辰 印  
担当医師の署名及び捺印

醫院負責人簽章 / Signature & Seal of Superintendent : 崎原 永辰 印  
担当医師の署名及び捺印

日期 / Date : 2016年 8月 4日

醫院名稱 : \_\_\_\_\_  
住 所 : 一般社団法人那覇市医師会  
生活習慣病検診センター  
那覇市東町26番1号  
TEL 098-868-9331



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

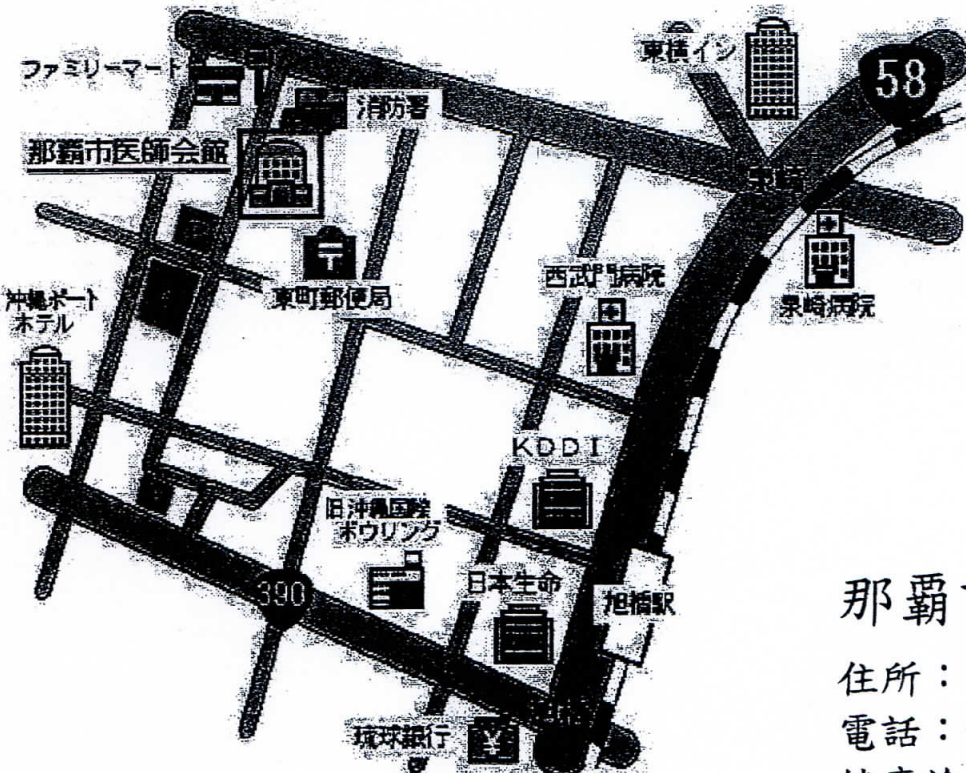
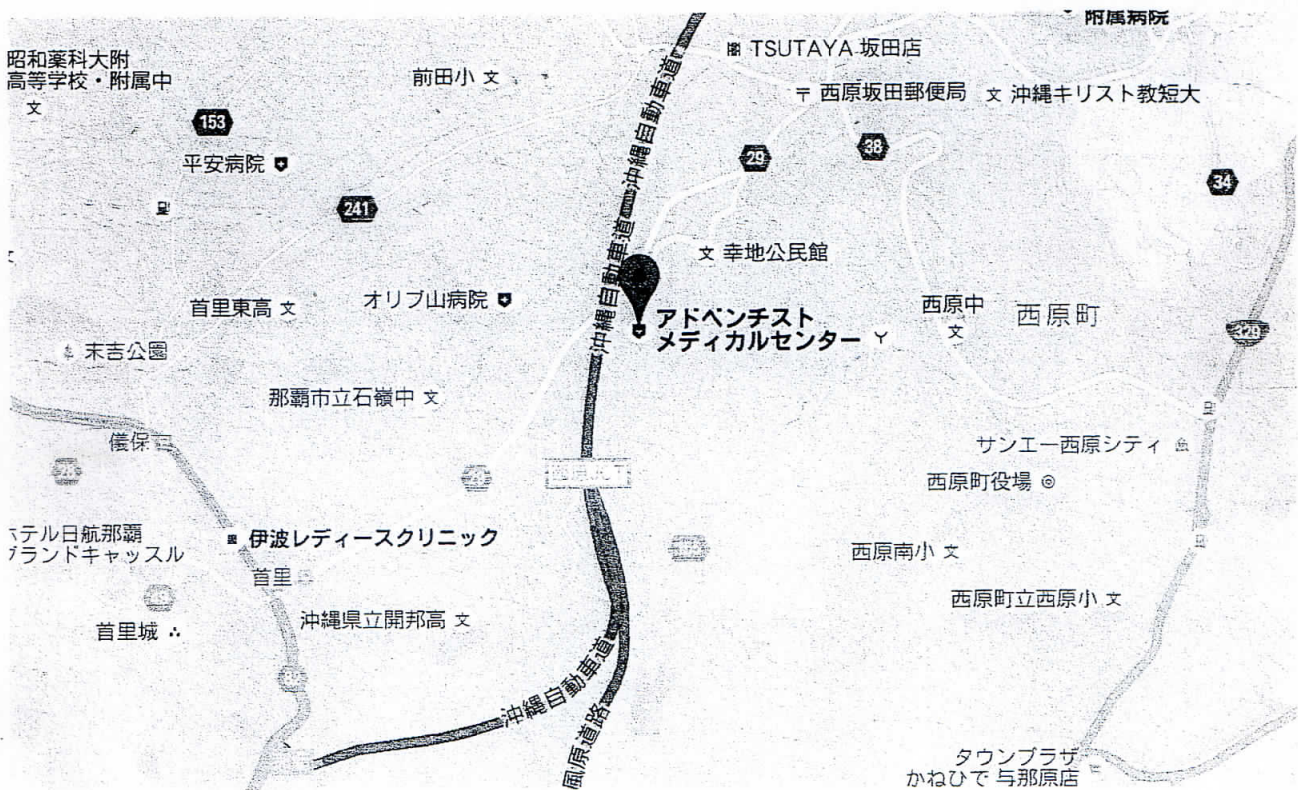


# 健康診断医院

## アドベンチストメディカルセンター

〒903-0116 沖縄県中頭郡 西原町幸地868

098-946-2833



### 那覇市医師会館

住所：那覇市東町26番地の1

電話：098-868-7579 代表

健康診断予約：098-868-9331