

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

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

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

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)： \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_