

|                          |                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 醫院標誌<br>Hospital<br>Logo | 健康檢查證明 (附表二)<br>(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)<br><b>ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)</b><br>(Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number) | 檢查日期 ____/____/____<br>(年)(月)(日)<br>____/____/____<br>(MM) (DD) (YY)<br><b>Date of Examination</b> |
|                          |                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |

## I. 基本資料 (BASIC DATA)

|                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| 姓名 :<br>Name _____                                                                                                                                                                                                                 | 性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female |
| 護照號碼 :<br>Passport No. _____                                                                                                                                                                                                       | 國籍 :<br>Nationality _____                                              |
| 居留證號 :<br>ARC No. _____                                                                                                                                                                                                            | 出生年月日 :<br>Date of Birth _____                                         |
| 工作縣市別 :<br>City/County :<br>(Workplace in Taiwan)                                                                                                                                                                                  | (手機 Cell)<br>聯絡電話 :<br>Phone No. : (住家 Home)                           |
| 在臺健檢種類 Type of physical examination done in Taiwan :<br><input type="checkbox"/> 入國後三日內 Within 3 days of arrival<br><input type="checkbox"/> 定期(六、十八、三十月) Periodic (6, 18, 30 month) <input type="checkbox"/> 返鄉前 Prior to reentry |                                                                        |

|                 |
|-----------------|
| 照片<br><br>Photo |
|-----------------|

## II. 病史 (MEDICAL HISTORY)

|                                |
|--------------------------------|
| 曾罹患的疾病 Prior illnesses : _____ |
|--------------------------------|

## III. 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

|                                               |                                                                                                                |
|-----------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A. 身高(Height) : _____ 公分 cms                  | G. 頭頸部(Head and neck) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____       |
| B. 體重(Weight) : _____ 公斤 kgs                  | H. 胸部(Thorax) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____               |
| C. 血壓(Blood pressure)<br>_____/____ 毫米汞柱 mmHg | I. 心臟聽診(Heart auscultation) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ |
| D. 脈搏(Pulse) : _____ 次/分 beats/min            | J. 腹部(Abdomen) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____              |
| E. 體溫(Body temperature) : _____ °C            | K. 體肢運動( Locomotion) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____        |
| F. 視力(Vision) :<br>右 Right _____ 左 Left _____ | L. 精神狀態(Mental status) :<br><input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____      |
|                                               | M. 其他 Others _____                                                                                             |

## IV. 實驗室檢查 (LABORATORY TESTING)

|                                                                                        |                                             |
|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| A. 梅毒血清檢查 (Serological test for syphilis) :                                            |                                             |
| 檢驗(Tests) : a. <input type="checkbox"/> RPR or <input type="checkbox"/> VDRL _____     | b. <input type="checkbox"/> TPHA/TPPA _____ |
| c. <input type="checkbox"/> 其它 (Other) _____                                           |                                             |
| 判定(Results) : <input type="checkbox"/> 合格(Passed) <input type="checkbox"/> 不合格(Failed) |                                             |

B.胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-ray for tuberculosis) : ※限大片攝影 (Standard Film Only)

發現(Findings) : \_\_\_\_\_

判定(Results) :

☐合格(Passed) ☐疑似肺結核(TB Suspect) ☐無法確認診斷(Pending) ☐不合格(Failed)  
(經臺灣健檢醫院判定為疑似肺結核或無法確認診斷者,得於 15 日內至指定機構再檢查。)

(Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in Taiwan must visit the referred institution for further evaluation in fifteen days.)

C.腸內寄生蟲 (含痢疾阿米巴等原蟲) 糞便檢查 (採用離心濃縮法檢查) (Stool examination for parasites includes *Entameba histolytica* etc.) (by centrifugal concentration method) :

☐陽性, 種名 (Positive, Species) \_\_\_\_\_ ☐陰性 (Negative)

判定(Results) : ☐合格(Passed) ☐不合格(Failed)

D.妊娠檢查 (Pregnancy test) : (在臺健康檢查免驗, not required for medical examination done in Taiwan)

☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative)

E.麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明 (Proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates) :

(適用於返鄉前健檢或入國前健檢, only required for medical examination for visa application)

a. 抗體檢查 (Antibody test)

麻疹抗體 (Measles antibody titers) ☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative) ☐未確定 (Equivocal)

德國麻疹抗體 (Rubella antibody titers) ☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative) ☐未確定 (Equivocal)

b. 預防接種證明 (Vaccination certificate)

☐麻疹預防接種證明 (Vaccination certificate of measles)

☐德國麻疹預防接種證明 (Vaccination certificate of rubella)

c. ☐經醫師評估, 有接種禁忌者, 暫不適宜接種。 (Not suitable for vaccination due to medical contraindications)

V. 漢生病檢查 (EXAMINATION 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) : \_\_\_\_\_

☐漢生病 (疑似個案須進一步檢查) (Hansen's disease suspect that needs further exam)

a. 病理切片 (Skin Biopsy) : \_\_\_\_\_

b. 皮膚抹片 (Skin Smear) : ☐陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) ☐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(Results) : ☐合格(Passed) ☐不合格(Failed)

備註: 本表供丙類外國人(外籍勞工)健康檢查時使用。(Note: This form is for Group C foreign workers.)

結論: 根據以上對 \_\_\_\_\_ 先生/女士/小姐之檢查結果為 ☐合格 ☐不合格 ☐須進一步檢查

Result: According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_, he/she

☐has passed the exam ☐has failed the exam ☐needs further examination.

負責醫檢師簽章 :

(Chief Medical Technologist)

(Name & Signature)

負責醫師簽章 :

(Chief Physician)

(Name & Signature)

醫院負責人簽章 :

(Superintendent)

(Name & Signature)

日期(Date) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

※ 本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

※ 提醒一: 自中華民國 103 年 3 月 1 日起辦理之 6、18 及 30 個月定期健康檢查, 其健康檢查證明免送衛生機關備查。但健檢結果為不合格或須進一步檢查者, 得依「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第 5 條至第 8 條規定, 於治療或再檢查後, 檢具再檢查診斷證明書及聘僱許可函送交所在地衛生主管機關備查; 若未辦理再檢查及備查者, 將因健檢不合格, 而遭受廢止聘僱許可。

※ 提醒二: 依據就業服務法第 5 條第 2 項第 2 款規定, 雇主不得留置員工的證明文件, 故雇主除依規定將外籍勞工入國後 3 日內之健康檢查證明及定期健檢不合格之再檢查診斷證明書, 送交主管機關外, 應將外籍勞工健康檢查證明送交勞工本人留存。