

醫院標誌

Hospital's  
Mark

健康證明應檢查項目 (乙表)

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type B)

(National Name, Hospital's Name, Address, Tel, FAX)

檢查日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(年)(月)(日)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(D)(M)(Y)

Date of Examination

基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : _____ Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex	2吋照片  2"Photo
身份證字號 : _____ ID No.	年齡 : _____ Age	
出生年月日 : ____ / ____ / ____ Date of Birth	婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single Marriage	
護照號碼 : _____ Passport No.	國籍 : _____ Nationality	
居住縣市別 : _____ County (Staying)	聯絡電話 : _____ Phone No.	

病史 (MEDICAL HISTORY)

您是否曾經感染過下列疾病：  
Have you ever had diseases of the following :

A. 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	I. 瘧疾 Malaria	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
B. 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	a. <input type="checkbox"/> 間日瘧 <i>Plasmodium vivax</i>	
C. 肺病 Lung disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 <i>Plasmodium ovale</i>	
D. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 <i>Plasmodium malariae</i>	
E. 肝病 Liver disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 <i>Plasmodium falciparum</i>	
F. 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	J. 結核病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
G. 腎臟病 Kidney disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	K. 登革熱 Dengue Fever	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
H. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	L. 其他 Others	: _____

身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高 : _____公分 cms Height	K. 肺臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lungs
B. 體重 : _____公斤 kgs Weight	L. 肝臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Liver
C. 血壓 : _____/_____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	M. 脾臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Spleen
D. 脈搏 : _____次/分 times/min Pulse	N. 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Thyroid gland
E. 體溫 : _____°C Body Temperature	O. 淋巴腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lymph nodes
F. 視力 : 右 Right _____ 左 Left _____ Vision	P. 體肢運動 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Locomotors
G. 皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Skin	Q. 精神狀態 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Mental condition
H. 耳朵 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Ears	若是精神狀態異常, 病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____.)
I. 眼睛 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Eyes	R. 其他 Others _____
J. 心臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Heart	

**實 驗 室 檢 查 (乙表)**  
**(LABORATORY EXAMINATIONS)**

A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV): <input type="checkbox"/> 陽性 (Positive) <input type="checkbox"/> 陰性 (Negative) <input type="checkbox"/> 未確定 (Indeterminate) a. 篩檢 (Screening Test): <input type="checkbox"/> EIA <input type="checkbox"/> Serodia <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____ b. 確認 (Confirmatory Test): <input type="checkbox"/> Western Blot <input type="checkbox"/> 其他 (Others) _____ B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis): <input type="checkbox"/> 正常 (Normal) <input type="checkbox"/> 異常 (Abnormal) _____ <b>※限大片攝影 (Standard Film Only)</b> 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 <i>Entameba histolytica</i> etc.) (centrifugal concentration method): <input type="checkbox"/> 陽性, 種名 (Positive, Species) _____ <input type="checkbox"/> 陰性 (Negative)
---

**癩病檢查 (Check-up for Leprosy)**

癩病視診結果 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal a. 病理切片: <input type="checkbox"/> 陽性 (多菌、少菌性【Positive - MB, PB】; 診斷依據: 兩者之一即為陽性【Diagnosis if either of them positive】) <input type="checkbox"/> 陰性 (Negative) b. 皮膚抹片: <input type="checkbox"/> 陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) <input type="checkbox"/> 陰性 (Negative) <b>※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)</b> <input type="checkbox"/> 有 (Yes) <input type="checkbox"/> 無 (No)
---

備註:

- 一、本表供外籍人士等申請在台灣定居或居留時使用。
- 二、兒童 6 歲以下 (不含 6 歲) 可免辦理健康檢查, 但應檢附完整預防接種證明備查。
- 三、妊娠孕婦及兒童 12 歲以下 (不含 12 歲) 可免接受「胸部 X 光檢查」。
- 四、**女性年齡滿 15 歲以上未滿 50 歲者 (含已婚及未婚)** 應檢具德國麻疹抗體陽性檢驗報告或提供德國麻疹預防接種證明: 抗體陽性 德國麻疹預防接種證明。
- 五、根據以上對 \_\_\_\_\_ 先生/女士/小姐之檢查結果為 合格 不合格。

Remark:

- a. This form is for **residence application**.
- b. A child under six years old ( not including age 6 ) is not necessary to have laboratory examination, but the certificate of vaccination is necessary.
- c. A pregnant woman or a child under 12 years old ( not including age 12 ) is not necessary to have chest X-ray examination.
- d. Females aged 15 to 49 years old should provide proof of a positive rubella antibody titer or a rubella vaccination certificate : Rubella Antibody Positive Vaccination certificate of Rubella
- e. Above the medical report of Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_, He/She passes fails the checkup.

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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)**