

京北賢

健康檢查證明 (附表二)

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)

檢查日期 106/02

(年)(月)

02/22/20

(MM)(DD)(Y)

聖 保 祿 醫 院

Saint Paul's Hospital

330 桃園市建新街 123 號 電話:03-3613141 傳真:03-3773373

123, Chien-Hsin Street, Taoyuan City, Taiwan(R. O. C)330

http://www.sph.org.tw

Date of Examination

流水編號 00222-

病歷號 981622



醫院代號 I07

入境日: 18/09/20

雇主: 王思堯

I. 基 本 資 料 (BASIC DATA)

姓名 : TRIYA EVITASARI 性別 : 男 Male 女 Female
 Name : TRIYA EVITASARI Sex :
 護照號碼 : AT153387 國籍 : 印尼
 Passport No. : AT153387 Nationality :
 居留證號 : 出生年月日 : 02/AUG/1992
 ARC No. : Date of Birth :
 工作直轄市、工作縣市別 : 新北市 聯絡電話 : (手機 cell)
 City/County(Workplace in R.O.C.) : Phone No. : (住家 home) 02-27648877



在中華民國健檢種類 Type of physical examination done in the Republic of China (Taiwan):
入國後三日內 Within 3 days of arrival 定期(六、十八、三十日) Periodic(6, 18, 30 mo)
返鄉前 Prior to reentry

II. 病 史 (MEDICAL HISTORY)

曾罹患的疾病 Prior illnesses : 無 有

III. 身 體 檢 查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高 : 153 公分 cms	G. 頭頸部 (Head and neck)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
B. 體重 : 58.6 公斤 kgs	H. 胸部 (Thorax)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
C. 血壓 : 112/68 毫米汞柱 mmHg	I. 心臟聽診 (Heart auscultation)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
D. 脈搏 : 74 次/分 beats/min	J. 腹部 (Abdomen)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
E. 體溫 : 36.4 °C	K. 體肢運動 (Locomotion)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
F. 視力 右 1.0 左 1.0	L. 精神狀態 (Mental status)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
(Vision) Right Left	M. 其他 Others	

IV. 實 驗 室 檢 查 (LABORATORY TESTING)

A. 胸部 X 光攝影檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis): ※限大片攝影 (Standard Film)
 發現(Findings):
 判定(Results):
合格(Passed) 疑似肺結核 (TB Suspect) 須進一步診斷(Pending) 不合格(Failed)
 (經中華民國健檢醫院判定為疑似肺結核或須進一步診斷者, 須於十五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)

IV. 實驗室檢查 (LABORATORY TESTING)

- 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. 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 (Equivalently)
德國麻疹抗體(Rubella antibody titers) 陽性(Positive)陰性(Negative)未確定 (Equivalently)
- 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 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 needs further examination)

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: 本表供第二類外國人(外籍勞工)健康檢查時使用。(Note: This form is for Group C foreign workers health examination.)

結論: 根據以上對 TRIYA EVITASARI 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. TRIYA EVITASARI, he/she

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

負責醫檢師簽章
(Chief Medical Technologist) :



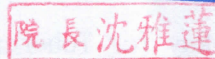
(Name & Signature)

負責醫師簽章
(Chief Physician) :



(Name & Signature)

醫院負責人簽章
(Superintendent) :



(Name & Signature)

應注意事項:

日期(Date): 106/03/01 (01/03/2017)

※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