

健康檢查證明 (附表二)  
ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)

檢查日期 106/01/04  
(年)(月)(日)  
01/04/2017  
(MM)(DD)(YYYY)

聖保羅醫院  
Saint Paul's Hospital

330 桃園市建新街 123 號 電話: 03-3733734 傳真: 03-3773373  
123, Chien-Hsin Street, Taoyuan City, Taiwan (R.O.C) 330  
http://www.sph.com.tw


Date of Examination  
流水編號 00104-60001  
病歷號 98235939

醫院代號 I07

入境日: 03/01/2017

I. 基本資料 (BASIC DATA)

雇主: 翟金流

姓名 : SUSWATI Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female Sex	
護照號碼 : AT752839 Passport No.	國籍 : 印尼 Nationality	
居留證號 : ARC No.	出生年月日 : 20/JAN/1986 Date of Birth	
工作直轄市、工作縣市別 : 桃園市 City/County (Workplace in R.O.C.)	聯絡電話 : (手機 cell) 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 month)  
 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 : 160 公分 cms (Height)	G. 頭頸部 (Head and neck)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
B. 體重 : 65.3 公斤 kgs (Weight)	H. 胸部 (Thorax)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
C. 血壓 : 112/79 毫米汞柱 mmHg (Blood Pressure)	I. 心臟聽診 (Heart auscultation)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
D. 脈搏 : 73 次/分 beats/min (Pulse)	J. 腹部 (Abdomen)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
E. 體溫 : 36.3 °C (Body Temperature)	K. 體肢運動 (Locomotion)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
F. 視力 右 1.2 左 1.5 (Vision) Right Left	L. 精神狀態 (Mental status)	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
	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 Only)  
 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 in the Republic of China (Taiwan) must visit the referred institution for further evaluation in fifteen days.)

B. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis):  
 檢驗 (Tests): a.  RPR or  VDRL \_\_\_ b.  TPHA/TPPA \_\_\_ c.  其它 (Other)  
 判定 (Results):  合格 (Passed)  不合格 (Failed)

# 檢 查 ( LABORATORY TESTING )

卡巴等原蟲糞便檢查(採用離心濃縮法檢查)(Stool examination for parasites istolytica etc.) (by centrifugal concentration method):

ive, Species) 陰性(Negative)

合格(Passed) 不合格(Failed)

陽性檢驗報告或預防接種證明 (Proof of positive measles and rubella measles and rubella vaccination certificates):

入國前健檢, only required for medical examination for visa application)

test )

Antibody titers) 陽性(Positive)陰性(Negative)未確定(Equivocal)

Antibody titers) 陽性(Positive)陰性(Negative)未確定(Equivocal)

vaccination certificate)

證明(Vaccination certificate of measles)

接種證明(Vaccination certificate of rubella)

接種禁忌者, 暫不適宜接種。(Not suitable for vaccination due to medical reasons)

# 查 ( EXAMINATION FOR HANSEN'S DISEASE )

Examination)

與生病 (not related to Hansen's disease):

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

病理切片(Skin Biopsy): \_\_\_\_\_

皮膚抹片(Skin Smear): 陽性(Finding bacilli in affected skin smears)

陰性(Negative)

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)

(Results): 合格(Passed) 不合格(Failed)

(外籍勞工)健康檢查時使用。(Note: This form is for Group C foreign workers)

先生/女士/小姐之檢查結果為 合格 不合格 須進一步檢查

above medical report of Mr./Mrs./Ms. SUSWATI, he/she

exam has failed the exam needs further examination.



Signature):

(Name & Signature)

傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果表

檢查日期 106/01/04

(年)(月)(日)

01/04/2017

(M)(D)(Y)

Date of Examination

流水編號 00104-60001

病歷號 98235939

入境日: 03/01/2017



聖 保 羅 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

醫院代號 I07 基本資料 BASIC DATA

雇主: 翟金流

姓名 Name	: SUSWATI	性別 Sex	: <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female
護照號碼 Passport No.	: AT752839	國籍 Nationality	: 印尼
居留證號 ARC No.		出生年月日 Date of Birth	: 20/JAN/1986
工作直轄市、縣市別 City/County (Workplace in R. O. C.):	桃園市	聯絡電話 Phone No.	手機(cell) 住家(home) 02-27648877

症狀問診 (Symptom Inquiry)

發燒(fever)(demam)  無(No)  有(Yes) (發燒個案加做血液培養)

腹痛(abdominal pain)(sakit perut)  無(No)  有(Yes)

腹瀉(diarrhea)(diare)  無(No)  有(Yes)

---

傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查(糞便)培養結果 (Stool Culture)  
(在印尼健康檢查免驗, not required for medical examination done in Indonesia)

陽性(Positive) \_\_\_\_\_

陰性(Negative)  檢驗結果確認中(Pending)

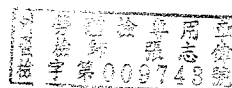
傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查(血液)培養結果(Blood Culture) (發燒個案須加做血液培養)  
(在印尼健康檢查免驗, not required for medical examination done in Indonesia)

陽性(Positive) \_\_\_\_\_

陰性(Negative)  檢驗結果確認中(Pending)

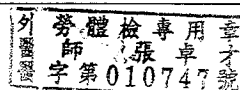
- 備註:
1. 入國後 3 日內健檢之傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果, 未能於 7 日內完成鑑定者, 健檢醫院得勾選「檢驗結果確認中」出具報告, 以利雇主申辦聘僱許可。
  2. 糞便培養與血液培養結果, 任一為陽性者, 即視為陽性; 任一為結果確認中者, 即視為結果確認中。

負責醫檢師簽章  
(Chief Medical Technologist)



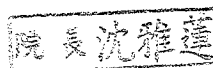
(Name & Signature)

負責醫師簽章  
(Chief Physician)



(Name & Signature)

醫院負責人簽章  
(Superintendent)



(Name & Signature)

日期(Date): 106/01/09 (09/01/2017)