



健康證明應檢查項目表

"HIDAYAH MEDICAL CENTRE"

Jl. Tebet Timur Dalam VI No. 10, Jakarta 12820 - Indonesia
Telp. (021) 8353604, 83706158, Fax. : (021) 83706158
E-mail : hidayah_mc@yahoo.com

檢查日期

(日) (月) (年)

May 6th 2014

基本資料

BASIC DATA

姓名

Name : DWI RASMAWATI

身分證字號 (ID, No.) : HIDWJ0060723

性別 (Sex) : 男 (Male) 女 (Female)

出生年月日 (Date of Birth) : 22 May 1977

年齡 (Age) : 36 Years

婚姻狀況 (Marriage) 已婚 (Married)

護照號碼 (Passport No.) : AS 819248

未婚 (Single)

(Nationality) : INDONESIAN



11

病史 MEDICAL HISTORY

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

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 diseases)

B. 高血壓 (Hypertension)

C. 肺病 (Lung disease)

D. 氣喘 (Asthma)

E. 肝病 (Liver disease)

F. 糖尿病 (Diabetes)

G. 腎臟病 (Kidney disease)

H. 癲癇 (Epilepsy)

I. 瘧疾 (Malaria)

a. 間日瘧 (P. Vivax)

b. 卵型瘧 (P. ovale)

c. 三日瘧 (P. malariae)

d. 熱帶瘧 (P. falciparum)

J. 結核病 (Tuberculosis)

K. 登革熱 (Dengue fever)

L. 異常精神狀態 (Abnormal mental conditions)

M. 其他 (Others) :

A. 身高 (Height) 155 公分 (Cms)

B. 體重 (Weight) 52 公斤 (Kg)

C. 血壓 (Blood Pressure) : 110/70 毫米汞柱 (mm Hg)

D. 脈搏 (Pulse) 70 次/分 (time/min.)

E. 視力 (Visions) : 右 (Right) 左 (Left)

正常 異常
Normal Abnormal

F. 皮膚 (Skin)

G. 耳朵 (Ears)

H. 眼睛 (Eyes)

I. 心臟 (Heart)

J. 肺臟 (Lungs)

K. 肝臟 (Liver)

L. 脾臟 (Spleen)

M. 甲狀腺 (Thyroid gland)

N. 淋巴腺 (Lymph nodes)

O. 泌尿生殖器 (Ex. genitalia)

P. 疝氣 (Hernia)

Q. 體肢運動 (Locomotor)

R. 精神狀態 (Mental condition)

若是精神狀態異常，病名是 (If abnormal, specify disease)

其他 (Others) :



"HIDAYAH MEDICAL CENTRE"

實驗室檢查

LABORATORY EXAMINATIONS

- A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV) 陽性 (Positive) 未確定 (Intermediate) 陰性 (Negative)
- a. 篩檢 (Screening Test): EIA Serodia 其他 (Others)
- b. 確認 (Confirmatory Test): Western Blood 其他 (Others)
- B. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis): 陽性 (Positive) 陰性 (Negative)
- a. RPR b. VDRL c. TPHA d. 其他 (Others)
- C. B 型肝炎表面抗原檢查 (Hepatitis B Surface Antigen Test): 陽性 (Positive) 陰性 (Negative)
- a. EIA b. RIA c. 其他 (Others)
- D. 瘧疾血片檢查 (Blood Smear for Malaria): 陽性, 種名 (Positive, Species) 陰性 (Negative)
- E. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) 正常 (Normal) 異常 (Abnormal)
- F. 腸內寄生蟲 (含痢疾阿米巴等原蟲) 糞便檢查 採用 MIF 方法檢查
(Stools Examination for Parasites including Entamoeba histolytica etc.)
(Merthiolate-Iodine-Formaldehyde : MIF Methode)
- 陽性, 種類 (Positive, Species) 陰性 (Negative)

陽性 陰性
(Positive) (Negative)

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

- G. 妊娠檢查 (Urine Test for Pregnancy):
- H. 嗎啡尿液檢查 (Urine Test for Morphine):
- I. 大麻尿液檢查 (Urine Test for Marijuana)
- J. 安非他命尿液檢查 (Urine Test for Amphetamine)
- K. 癩病檢查 (Checkup for Leprosy): 陽性 (多菌、少菌型) (Positive-MB, PB)
- 診斷依據 (兩者之一即判為陽性) (Diagnosis if either of them positive):

陰性 (Negative)

有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.)

病灶抹片菌陽性
(Finding bacilli in affected skin smears)

結論 根據以上對 先生/女士/小姐之檢查結果 他/她 是 不是適合受僱的

CONCLUSION : Above is the medical report of Mr./Mrs./Miss. **DWI RASMAWATI**

He/She is **FIT** for employment

負責醫師簽章
(Chief Physician)

本證明三個月內有效 (日) (日) (年)
(Valid for Three Months) **August 6th 2014**

醫院負責人簽章
(Super intendent)

dr Ulinta Bangun MKes
Name & Signature

日期 (Date) **May 6th 2014**



HIDAYAH MEDICAL CENTRE JAKARTA - INDONESIA

CERTIFICATE OF VACCINATION

Name DWI.RASMAWATI.....

Registered No H10WJ0060723.....

Have been given the following vaccination :

	Name of Vaccine	Diseases	Date of Given
<input checked="" type="checkbox"/>	M - M - R II	RUBELLA	07/05/2014
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Date of issued 07/05/2014

HIDAYAH MEDICAL CENTRE

Jl. Tebet Timur Dalam VI No. 10 Jakarta Selatan

Tel : (+62) (021) 8353604, 83706158

Fax : (+62) (021) 83706158



dr. Ulinta Bangun, MKes

Medical Director



HIDAYAH MEDICAL CENTRE

Jl. Tebet Timur Dalam VI No. 10, Jakarta 12820 - INDONESIA

Telp. (021) 8353604 - 83706158, Fax. : (021) 83706158

E-mail : hidayah-mc@hotmail.com

傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果表

Typhoid, Paratyphoid and Shigella Diagnostic Evaluation Form

檢查日期 ____/____/____
 (年)(月)(日)
 06 / 05 / 2014
 (D)(M)(Y)
 Date of Examination

姓名 : DWI RASMAWATI Name	護照號碼 : AS 819248 Passport No.
----------------------------	----------------------------------

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)

(在印尼健康檢查免驗, not required for medical examination done in Indonesia)

(發燒個案須加做血液培養)

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 : _____ (Name & Signature)
 (Chief Medical Technologist)

負責醫師簽章 : dr. Nety Kurniati (Name & Signature)
 (Chief Physician)

醫院負責人簽章 : dr. Ulita Bangun, MKes (Name & Signature)
 (Superintendent)

