



健康檢查證明 (附表二)

三軍總醫院松山分院附設民眾診療服務處

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)

檢查日期 2017 10/ 21

TRI-SERVICE GENERAL HOSPITAL SONGSHAN BRANCH

(年) (月) (日)

院址：台北市健康路131號 TEL：(02)2764-2151轉671589 FAX：(02)2761-8615

ADD：NO.131 Chien-Kang RD. Taipei Taiwan, 105 R.O.C.

TEL：886-2-2764-2151Ext.671589 FAX：886-2-2761-8615

(D) (M) (Y)

醫院代號：A15

健檢編號：

106023210A

工號：

仲介：京兆賢

廠商：王美麗-6

Date of Examination

入境日(續聘日):2017-04-09

I. 基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : <u>RUSMIYATI</u>	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female
Name : <u>RUSMIYATI</u>	Sex : <input type="checkbox"/> Male <input checked="" type="checkbox"/> Female
護照號碼 : <u>AT001089</u>	國籍 : <u>印尼</u>
Passport No. : <u>AT001089</u>	Nationality : <u>Indonesia</u>
居留證號 : _____	出生年月日 : <u>1992-11-06</u>
ARC No. : _____	Date of Birth : <u>1992-11-06</u>
工作直轄市、縣(市)別 : <u>台北市</u>	(手機 Cell) : _____
City/County : <u>Taipei</u>	
(Workplace in R.O.C.) : _____	聯絡電話 : <u>03-3195252</u>
	Phone No. (住家 Home) : _____
在中華民國健檢種類 Type of physical examination done in the Republic of China (Taiwan) :	
<input type="checkbox"/> 入國後三日內 Within 3 days of arrival	
<input checked="" type="checkbox"/> 定期(六、十八、三十月) Periodic (6, 18, 30 month) <input type="checkbox"/> 補充/Supplementary	



II. 病史 (MEDICAL HISTORY)

曾罹患的疾病 Prior illnesses : _____

III. 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高(Height) : <u>153.6</u> 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(Weight) : <u>55.2</u> 公斤 kgs	H. 胸部(Thorax) : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
C. 血壓(Blood pressure) : <u>111 / 72</u> 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(Pulse) : <u>93</u> 次/分 beats/min	J. 腹部(Abdomen) : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
E. 體溫(Body temperature) : <u>36.0</u> °C	K. 體肢運動(Locomotion) : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
F. 視力(Vision) : 右 Right <u>1.0</u> 左 Left <u>1.0</u>	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 15 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)

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(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: 本表供第二類外國人(外籍勞工)健康檢查時使用。(Note: This form is for Category 2 foreign workers.)

結論: 根據以上對 RUSMIYATI 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. RUSMIYATI, 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): 2017 / 10 / 27

本檢驗明三個月內有效(Valid for Three Months)

※提醒一: 自中華民國一百零三年三月一日起辦理之六、十八及三十個月定期健康檢查, 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」第七條至第九條規定, 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直轄市、縣(市)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: 依據就業服務法第五條第二項第二款規定, 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三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。

