

臺北榮民總醫院桃園分院

Taipei Veterans General Hospital Taoyuan Branch
No. 100, Sec3, Cheng-Kung Road, Taoyuan 330, Taiwan, R.O.C
TEL:03-3318139 FAX:03-3313339

健康檢查證明

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE

檢查日期：108 / 07 / 26
(年) (月) (日)

工號：
中文：
入境日期：2019.07.25

Date of Examination：26 / 07 / 2019
(D) (M) (Y)

雇主：郭立珊
流水號：08073693

基本資料/ Basic Data

姓名 Name	: NOVINDA KUSUMAWARDANI DIAH		
護照號碼 Passport No.	: AT503893	性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female
居留證號 ARC No.	:	國籍 Nationality	: 印尼
工作直轄市、(縣)市別 City/County(Workplace in R.O.C)	:	出生年月日 Date of Birth	: 1993.11.21
在中華民國健種類 Type of Physical Examination done in the Republic of China (Taiwan):		聯絡電話 Phone No.	: 03-3195252
<input checked="" type="checkbox"/> 入國後3日內 Within 3 days of arrival		<input type="checkbox"/> 補充 supplementary	
<input type="checkbox"/> 定檢(6, 18, 30月個) Periodic(6, 18, 30 month)			



病史/ Medical History

曾罹患的疾病 Prior illnesses : _____

身體檢查/ Physical Examination

A. 身高 Height	: 161.0 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	: 47.0 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	: 106 / 60 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	: 84 次/分 times/min	J. 腹部 Abdomen	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
E. 體溫 Body Temperature	: 36.6 °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 1.2 左 Left 1.2	L. 精神狀態 Mental condition	<input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
		M. 其他 Others:	_____

實驗室檢查/ Laboratory Examinations

A. 胸部X光肺結核檢查/ Chest X-ray for Tuberculosis :
發現(Findings) : 無異常發現
判定(Results) : 合格(Passed) 疑似肺結核(TB Suspect) 無法確認診斷/ Pending 不合格(Failed)

B. 梅毒血清檢查/ Serological Tests for Syphilis :
檢驗/ Tests : a. RPR: VDRL
陽性/ Positive, 效價/ Titers _____ 陰性/ Negative, 效價/ Titers 陰性
b. TPHA: TPPA FTA-abs TPLA EIA CIA
陽性/ Positive, 效價/ Titers _____ 陰性/ Negative, 效價/ Titers 陰性
c. 其他/ Other
陽性/ Positive, 效價/ Titers _____ 陰性/ Negative, 效價/ Titers _____

判定/ Result : 合格/ Passed 不合格/ Failed

C. 腸內寄生蟲糞便檢查/ Stool Examination for Parasites:

陽性, 種名/ Positive, Species _____ 陰性/ Negative

判定/ Result: 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 or Measles and Rubella Vaccination Certificates:

a. 抗體檢查/ Antibody Tests

麻疹抗體/ Measles Antibody 陽性/ Positive 陰性/ Negative 未確定/ Equivocal

德國麻疹抗體/ Rubella Antibody 陽性/ Positive 陰性/ Negative 未確定/ Equivocal

b. 預防接種證明/ Vaccination Certificates (證明應包含接種日期、接種院所及疫苗批號; 接種日期與出國日期應至少間隔兩週/ The certificate should include the date of vaccination, the name of administering hospital or clinic and the batch no. of vaccine; the date of vaccination should be at least two weeks prior to traveling overseas.)

麻疹預防接種證明/ Measles Vaccination Certificate

德國麻疹預防接種證明/ Rubella Vaccination Certificate

判定/ Result: 合格/ Passed 不合格/ Failed

c. 有接種禁忌, 暫不適宜預防接種/ Having contraindications, not suitable for vaccination

d. 入國後3日內、定期健檢及補充健檢免驗/ Not required for within-3-day-of-arrival, periodic, and supplementary health examination

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: _____

疑似漢生病須進一步檢查/ Hansen's disease suspect who needs further examinations

a. 病理切片/ Skin Biopsy: _____

b. 皮膚抹片/ Skin Smear: 陽性/ Positive 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) 須進一步檢查/ Needs further examinations 不合格(Failed)

健康檢查總結果/ The final result of health examination:

合格/ Passed 須進一步檢查/ Need further examinations 不合格/ Failed

負責醫檢師簽章:

(Chief Medical Technologist)

醫檢師 呂佳紋
檢字第016565號

(Name & Signature)

負責醫師簽章:

(Chief Physician)

醫師劉震龍(外)
醫字第020857號

(Name & Signature)

合格

醫院負責人簽章:

(Superintendent)

醫師兼盧星華(外)
院長

(Name & Signature)

日期: 108 / 07 / 31

備註/ Note: 本證明三個月內有效。/ The certificate is valid for three months.

提醒一 / Notice 1:

入國後3日內健檢或定期健檢結果為須進一步檢查或不合格者, 得依「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第7條至第9條規定治療或再檢查; 未依規定者, 將因健檢不合格, 廢止其聘僱許可。

If the results of your within-3-day-of-arrival or periodic health examination show that you require further examinations or you have failed the examination, you have to comply with Article 7 through Article 9 of the "Regulations Governing Management of the Health Examination of Employed Aliens". Failing to pass the health examination will render your work permit terminated.

提醒二 / Notice 2:

定期健檢及補充健檢之健康檢查證明之正本應由勞工本人留存。

The original copy of the periodic and supplementary health certificate should be kept by the person who undertook the health examination.

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：108 / 07 / 26
(年) (月) (日)僱主：郭立珊
流水號：08073693工號：
中文：Date of Examination: 26 / 07 / 2019
(D) (M) (Y)

基本資料 (Basic Data)

姓名 Name	NOVINDA KUSUMAWARDANI DIAH	出生年月日： Date of Birth	1993.11.21
護照號碼： Passport No.	AT503893	國籍： Nationality	印尼
工作縣市別： City/County(Workplace with in Taiwan)	桃園市	聯絡電話： Phone No.	03-3195252

傷寒症狀問診 (Typhoid Fever Symptom Inquiry)

發燒(Fever demam)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 (No)	<input type="checkbox"/> 有 (Yes) (發燒個案加做血液培養)
腹痛(abdominal pain)(sakit perut)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 (No)	<input type="checkbox"/> 有 (Yes)
腹瀉(diarrhea)(diare)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 (No)	<input type="checkbox"/> 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)檢查結果確認中(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)檢查結果確認中(Pending)

備註

- 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，以利僱主申辦聘僱許可。
- 糞便培養與血液培養結果，任一為陽性者，即視為陽性；任一結果確認中者，即視為檢驗結果確認中。
- 糞便培養結果陰性(Negative)表示，No Salmonella and Shigella was isolated。

負責醫檢師簽章：
(Chief Medical Technologist)醫檢師 呂佳紋
檢字第016565號

(Name & Signature)

負責醫師簽章：
(Chief Physician)醫師劉震龍(外)
醫字第020857號

(Name & Signature)

醫院負責人簽章：
(Superintendent)醫師兼盧星華(外)
院長

(Name & Signature)

日期：108 / 07 / 31