

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

檢查日期 106/01/05
 (年)(月)(日)
 01/05/2017
 (MM)(DD)(YYYY)

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 00105-60018
 病歷號 98236036

醫院代號 I07

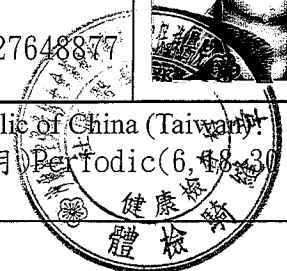
入境日: 04/01/2017

I. 基 本 資 料 (BASIC DATA)

雇主: 吳明益

姓名 : NURDIANA FITRI Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female Sex	
護照號碼 : AT710440 Passport No.	國籍 : 印尼 Nationality	
居留證號 : ARC No.	出生年月日 : 07/AUG/1993 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 : 156.9 公分 cms	G. 頭頸部 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input checked="" type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Head and neck)
B. 體重 : 51 公斤 kgs	H. 胸部 : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Thorax)
C. 血壓 : 114/77 毫米汞柱 mmHg	I. 心臟聽診 : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Heart auscultation)
D. 脈搏 : 88 次/分 beats/min	J. 腹部 : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Abdomen)
E. 體溫 : 36.8 °C	K. 體肢運動 : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Locomotion)
F. 視力 右 1.5 左 1.5	L. 精神狀態 : <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Vision) Right Left (Mental status)
	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)

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)人芽囊原蟲 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 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 Group C foreign workers)

結論: 根據以上對 NURDIANA FITRI 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. NURDIANA FITRI, he/she has passed the exam has failed the exam needs further examination.

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

外勞醫檢師李元良
檢字第004044號

(Name & Signature)

負責醫師簽章
(Chief Physician) :

外勞醫師張卓才
醫字第010747號

(Name & Signature)

合格

醫院負責人簽章
(Superintendent) :

院長沈雅蓮

(Name & Signature)

應注意事項:

日期(Date): 106/01/10 (10/01/2017)

※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5條第2項第2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3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。

傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果表

檢查日期 106/01/05

(年)(月)(日)

01/05/2017

(M)(D)(Y)

Date of Examination

流水編號 00105-60018

病歷號 98236036

入境日：04/01/2017

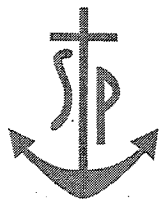
聖 保 祿 醫 院

Saint Paul's Hospital

330 桃園市建新街 123 號 電話：03-361141 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：吳明益

姓名 Name	: NURDIANA FITRI	性別 Sex	: <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female
護照號碼 Passport No.	: AT710440	國籍 Nationality	: 印尼
居留證號 ARC No.		出生年月日 Date of Birth	: 07/AUG/1993
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)

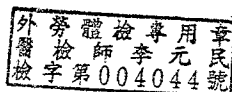
傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查(血液)培養結果(Blood Culture) (發燒個案須加做血液培養)

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

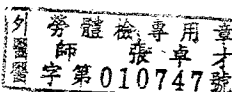
 陽性(Positive) _____ 陰性(Negative) 檢驗結果確認中(Pending)

備註:

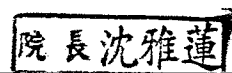
1. 入國後 3 日內健檢之傷寒、副傷寒及桿菌性痢疾檢查結果, 未能於 7 日內完成鑑定者, 健檢醫院得勾選「檢驗結果確認中」出具報告, 以利雇主申辦聘僱許可。
2. 糞便培養與血液培養結果, 任一為陽性者, 即視為陽性; 任一為結果確認中者, 即視為結果確認中。

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): 106/01/10 (10/01/2017)