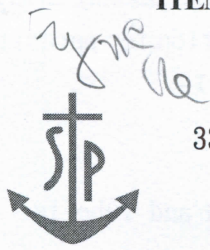


健康檢查證明 (附表二)
ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)

檢查日期 106/05/09
(年)(月)(日)
05/09/2017
(MM)(DD)(YYYY)
Date of Examination
流水編號 00509-60089
病歷號 98254884



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

醫院代號 I07

入境日: 08/05/2017

I. 基 本 資 料 (BASIC DATA)

雇主: 廖晉輝

姓名 : KUNTARI WELAS DWI Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female Sex	
護照號碼 : AT889132 Passport No.	國籍 : 印尼 Nationality	
居留證號 : ARC No.	出生年月日 : 09/JAN/1996 Date of Birth	
工作直轄市、工作縣市別 : 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 : 158.9 公分 cms (Height)	G. 頭頸部 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Head and neck)
B. 體重 : 45.2 公斤 kgs (Weight)	H. 胸部 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Thorax)
C. 血壓 : 100/71 毫米汞柱 mmHg (Blood Pressure)	I. 心臟聽診 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Heart auscultation)
D. 脈搏 : 78 次/分 beats/min (Pulse)	J. 腹部 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (Abdomen)
E. 體溫 : 36.6 °C (Body Temperature)	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 (Vision) Right Left	L. 精神狀態 <input checked="" type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal (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) 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 KUNTARI WELAS DWI 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. KUNTARI WELAS DWI, 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)



應注意事項:

日期(Date) : 106/05/12 (12/05/2017)

※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 106/05/09

(年)(月)(日)

05/09/2017

(M)(D)(Y)

Date of Examination

流水編號 00509-60089

病歷號 98254884

入境日：08/05/2017



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

醫院代號 I07 基本資料 BASIC DATA

雇主：廖晉輝

姓名 Name	: KUNTARI WELAS DWI	性別 Sex	: <input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female
護照號碼 Passport No.	: AT889132	國籍 Nationality	: 印尼
居留證號 ARC No.		出生年月日 Date of Birth	: 09/JAN/1996
工作直轄市、縣市別: City/County(workplace in R.O.C.)	:	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)

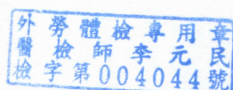
陽性(Positive) _____

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)



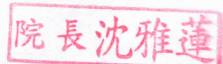
(Name & Signature)

負責醫師簽章
(Chief Physician)



(Name & Signature)

醫院負責人簽章
(Superintendent)



(Name & Signature)

日期(Date): 106/05/12 (12/05/2017)