

## 居留或定居健康檢查項目表 Health Certificate for Residence Application

(醫院名稱、地址、電話、傳真)

(Hospital's Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination

YYYY / MM / DD

↓ 受診者の基本資料を記入してください 基本資料 / Basic Data

証明写真を貼ってください ↓

姓名 : Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex	照片 / Photo (写真の上に病院の割印が必要)
身份證字號 : 中華民國籍のみ ID No.	護照號碼 : Passport No.	
出生年月日 : YYYY / MM / DD Date of Birth	國籍 : Nationality	
年齡 : Age	聯絡電話 : Phone No.	

### 實驗室檢查 / Laboratory Examinations

#### A. 胸部 X 光肺結核檢查 / Chest X-ray for Tuberculosis :

X 光發現 / Findings :

判定 / Result :

- 合格 / Passed  疑似肺結核 / TB suspect  無法確認診斷 / Pending  不合格 / Failed  
 孕婦或 12 歲以下兒童免驗 / Not required for pregnant women or children under 12 years of age

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

- 陽性，種名 / Positive, Species \_\_\_\_\_  陰性 / Negative  
 其他可不予治療之腸內寄生蟲 / Other parasites that do not require treatment  
 來自附錄三之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3

↑ 日本國籍の方は免除されているので、該当欄に☑チェックを入れてください

#### C. 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  
b.  TPHA  TPPA  FTA-abs  TPLA  EIA  CIA  
 陽性 / Positive, 效價 / Titers \_\_\_\_\_  陰性 / Negative, 效價 / Titers  
c.  other \_\_\_\_\_  陽性 / Positive, 效價 / Titers  
 陰性 / Negative, 效價 / Titers

判定 / Result :  合格 / Passed  不合格 / Failed 該当欄に☑チェックを入れてください 15 歲以下兒童免驗 / Not required for children under 15 years of age

#### D. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢查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 (接種歴の有無に関わらず、抗体検査を受けること)

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.) ↓ 予防接種を受けた場合は、☑チェックを入れ

 麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate 接種證明書を添付してください 德國麻疹預防接種證明 / Rubella Vaccination Certificate

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

## 漢生病検査 / Examinations 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検査 / 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 / Result :

- 合格 / Passed  須進一步検査 / Needs further examinations  不合格 / Failed  
 來自附錄四之國家/地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 4

↑ 日本国籍の方は免除されているので、該当欄に☑チェックを入れてください

健康検査總結果 / The final result of health examination : ↓ 該当欄に☑チェックを入れてください

- 合格 / Passed  須進一步検査 / Need further examinations  不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist :

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician :

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent :

該当のある担当者欄に要署名

日期 / Date : YYYY / MM / DD

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

### ★病院印

検査病院の名称(Hospital' Name):  
住所(Hospital' Address):  
電話&FAX(Hospital' TEL&FAX):

注意事項:

※検査前に基本資料を記入してください、検査後の記入は無効

※各検査結果の該当項目に☑チェックがない場合は無効

※2枚プリントした時病院の割印が必要

※Dの検査項目については、接種歴の有無に関わらず、抗体検査を受けること。

「陰性(Negative)」だった場合、「麻疹予防接種證明/Measles Vaccination Certificate、  
德國麻疹予防接種證明/Rubella Vaccination Certificate」に☑チェックが入った上で、  
新たに受けた予防接種証明の原本を提出すること。