

健康證明應檢查項目(乙表)
(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)
ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE(Type B)
(National Name, Hospital's Name, Address, Tel, FAX)

檢查日期____/____/____
(年)(月)(日)

____/____/____
(D)(M)(Y)

Date of Examination

基本資料 BASIC DATA

姓名 Name : _____	性別 Sex : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	2吋照片 2"photo
身分證字號 ID No. : _____	年齡 Age : _____	
出生年月日 Date of Birth : ____/____/____	婚姻狀況 Marriage : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single	
護照號碼 Passport No. : _____	國籍 Nationality : _____	

病史 MEDICAL HISTORY

您是否曾經感染過下列疾病：
Have you ever had diseases of the following:

A. 心臟病 Heart disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	I. 瘧疾 Malaria	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
B. 高血壓 Hypertension	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	a. <input type="checkbox"/> 間日瘧 Plasmodium vivax	
C. 肺病 Lung disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 Plasmodium ovale	
D. 氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 Plasmodium malariae	
E. 肝病 Liver disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 Plasmodium falciparum	
F. 糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	J. 結核病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
G. 腎臟病 Kidney disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	K. 登革熱 Dengue Fever	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No
H. 癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	L. 其他 : _____ Others	

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高 : _____公分 cms Height	J. 肺臟 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Lungs
B. 體重 : _____公斤 kgs Weight	K. 肝臟 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Liver
C. 血壓 : _____/_____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	L. 脾臟 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Spleen
D. 脈搏 : _____次/分 times/min Pulse	M. 甲狀腺 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Thyroid gland
E. 視力 : 右_____左_____ Vision : Right Left	N. 淋巴腺 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Lymph nodes
F. 皮膚 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Skin	O. 泌尿生殖器 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal External genitalia
G. 耳朵 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Ears	P. 疝氣 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Hernia
H. 眼睛 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Eyes	Q. 體肢運動 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Locomotor
I. 心臟 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Heart	R. 精神狀態 : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 AbNormal Mental conditions
S. 其他 Others : _____	若是精神狀態異常, 病名是 _____ (If abnormal, specify disease.)

實 驗 室 檢 查
LABORATORY EXAMINATIONS

- A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV) : 陽性(Positive) 陰性(Negative) 未確定(Indeterminate)
- a. 篩檢 (Screening Test) : EIA Serodia 其他(Others)_____
- b. 確認 (Confirmatory Test) : Western Blot 其他(Others)_____
- B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) :
正常 (Normal) 異常 (Abnormal) _____
- ※限大片攝影 (Standard Film only)
- 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.) (centrifugal concentration method) :
陽性, 種名 (Positive, Species) _____ 陰性 (Negative)
- D. 癩病檢查 (Check-up for Leprosy) :
陽性 (多菌、少菌性) (Positive-MB, PB) 陰性 (Negative)
診斷依據 (兩者之一即為陽性) (Diagnosis if either of them positive) :
有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)
病灶抹片癩菌陽性 (Finding bacilli in affected skin smears)

備註：

- 一、本表供外籍人士等申請在台灣定居或居留使用。
- 二、兒童六歲以下 (不含六歲) 可免辦理健康檢查, 但應檢附完整預防接種證明備查。
- 三、妊娠孕婦可免接受「胸部 X 光檢查」。
- 四、女性外籍配偶應檢具德國麻疹抗體陽性檢驗報告或提供德國麻疹預防接種證明: 抗體陽性 德國麻疹預防接種證明。
- 五、根據以上對_____先生/女士/小姐之檢查結果合格 不合格。

Remark :

- a. This form is for **residence application**.
- b. A child under six years old(not including age 6) is not necessary to have laboratory examination, but the certificate of vaccination is necessary.
- c. A pregnancy woman is not necessary to have chest X-ray examination.
- d. Foreign female spouse should be tested for **Rubella Antibody Positive** or provide **Vaccination certificate** of Rubella:
Rubella Antibody Positive Vaccination certificate of Rubella
- e. Above the medical report of Mr./Mrs./Ms._____, He/She is is not fit for residence in Taiwan.

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: _____/_____/_____

※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)