

提醒：「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第7條規定，雇主應於收受指定醫院核發（外籍勞工入國工作滿6個月、18個月、30個月的）健康檢查證明之日起15日內，檢具文件送交所在地衛生主管機關核備。未依規定辦理健康檢查或核備者，依就業服務法第67條規定，處新臺幣6萬元以上15萬元以下罰鍰。

醫院標誌 Hospital's Mark	健康檢查證明（附表二）	檢查日期 ____/____/____
	（國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機）	（年）（月）（日）
	ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type II)	____/____/____
	（National Name, Hospital's Name, Address, Tel, FAX）	（D）（M）（Y） Date of Examination

基本資料 (BASIC DATA)

姓名 Name	性別 Sex	2吋照片 2"Photo
身份證字號 ID No.	年齡 Age	
出生年月日 Date of Birth	婚姻狀況 Marriage	
護照號碼 Passport No.	國籍 Nationality	
居住縣市別 County (City/Town/Village)	聯絡電話 Phone No.	

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

身 體 檢 查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高：_____公分 cms Height	K. 肺臟 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Lungs
B. 體重：_____公斤 kgs Weight	L. 肝臟 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Liver
C. 血壓：_____/____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	M. 脾臟 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Spleen
D. 脈搏：_____次/分 times/min Pulse	N. 甲狀腺 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Thyroid gland
E. 體溫：_____℃ Body Temperature	O. 淋巴腺 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Lymph nodes
F. 視力：右 Right _____ 左 Left _____ Vision	P. 體肢運動 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Locomotors
G. 皮膚 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Skin	Q. 精神狀態 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Mental condition
H. 耳朵 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Ears	若是精神狀態異常，病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____)
I. 眼睛 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Eyes	R. 其他 Others _____
J. 心臟 ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal Heart	

實驗室檢查（附表二）

（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. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis) : ☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative)

a. ☐RPR b. ☐VDRL c. ☐TPHA d. ☐其它 (Other) _____

C. B 型肝炎表面抗原檢查 (Hepatitis B Surface Antigen Test) : (定期健康檢查免驗, not required for regular checkup)

☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative)

a. ☐EIA b. ☐RIA c. ☐其它 (Other) _____

D. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) : ※限大片攝影 (Standard Film Only)

☐正常 (Normal) ☐異常 (Abnormal) _____

E. 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 *Entamoeba histolytica* etc.) (centrifugal concentration method) :

☐陽性, 種名 (Positive, Species) _____ ☐陰性 (Negative)

F. 妊娠檢查 (Pregnancy test) : (定期健康檢查免驗, not required for regular checkup)

☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative)

癩病檢查 (Check-up for Leprosy)

癩病目視診結果 ☐正常 Normal ☐異常 Abnormal

a. 病理切片 : ☐陽性 (多菌、少菌性【Positive - MB, PB】; 診斷依據: 兩者之一即為陽性【Diagnosis if either of them positive】) ☐陰性 (Negative)

b. 皮膚抹片 : ☐陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) ☐陰性 (Negative)

※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)

備註: 本表供內類外國人 (外籍勞工) 健康檢查時使用, (Remark: This form is for Group C alien workers.)

結論: 根據以上對_____先生/女士/小姐之檢查結果為 ☐合格 ☐不合格

Conclusion: The above medical report of Mr./Mrs./Ms. _____, He/she ☐passes ☐fails the checkup.

負責醫檢師簽章 : _____ (Name & Signature)
(Chief Medical Technologist)

負責醫師簽章 : _____ (Name & Signature)
(Chief Physician)

醫院負責人簽章 : _____ (Name & Signature)
(Superintendent)

日期 (Date) : ____/____/____ ※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

□附錄: 入國後健康檢查檢驗項目不合格之認定及處理原則

檢驗項目	不合格之認定及處理原則
人類免疫缺乏病毒抗體檢查	一、人類免疫缺乏病毒抗體檢驗經初步測試, 連續二次呈陽性反應者, 受聘僱外國人健康檢查指定醫院將檢體逕送指定確認機構再以西方墨點法 (WB) 作確認試驗。

	二、連續二次（採血時間需間隔三個月）西方墨點法結果皆為未確定者，視為合格。未依規定期限進行複驗者，視同「不合格」。
胸部X光檢查	一、活動性肺結核（包括結核性肋膜炎）視為「不合格」。 二、非活動性肺結核視為「合格」，包括下列診斷情形：纖維化（鈣化）肺結核、纖維化（鈣化）病灶及肋膜增厚。 三、如經診斷為「疑似肺結核」及不合格或因故無法確認診斷時，由受聘僱外國人健康檢查指定醫院通知雇主，偕同受聘僱外國人攜帶體檢報告、胸部X光片、及前次體檢之胸部X光片，至指定確認機構複驗。
梅毒血清檢查	以RPR或VDRL其中一種加上TPHA之檢驗，如經診斷為陽性或下列疑似（假）陽性情形，由受聘僱外國人健康檢查指定醫院將血樣及檢查結果逕送指定確認機構，由其視需要配合其他精確檢驗（如：免疫球蛋白M等）綜合研判，確認診斷。 一、RPR或VDRL任一為陽性，且TPHA值大於一比八〇。 二、RPR或VDRL為陰性，且TPHA值大於一比一六〇。 三、RPR或VDRL為陽性，TPHA為陰性，但RPR或VDRL之半定量大於四倍以上。
腸內寄生蟲糞便檢查	一、經採離心濃縮法顯微鏡檢查結果為腸道蠕蟲蟲卵或其他原蟲類如：人芽囊原蟲（<i>Blastocystis hominis</i>）、鞭毛原蟲類，纖毛原蟲類及孢子蟲類者為不合格，（雇主於收受定期健檢不合格證明後，先依本辦法第七條第二項辦理核備），但於三十日內完成治療且複檢（採用離心濃縮法）為陰性者，視為「合格」，（雇主於收受複檢合格證明後，再依本辦法第七條第二項辦理核備）。 二、經採離心濃縮法顯微鏡檢查結果為阿米巴原蟲類，如：哈氏阿米巴（<i>Entamoeba hartmanni</i>）、大腸阿米巴（<i>Entamoeba coli</i>）、微小阿米巴（<i>Endolimax nana</i>）、嗜碘阿米巴（<i>Iodamoeba butschlii</i>）、雙核阿米巴（<i>Dientamoeba fragilis</i>）等，可不予治療，視為「合格」。 三、經採離心濃縮法顯微鏡檢查結果為「疑似痢疾阿米巴原蟲」（<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>，包含囊體及活動體），指定醫院必須於二十四小時內通報所在地衛生主管機關，並同時通知雇主，且於通知之日起七日內至原醫院重新採取三次（每天一次）之新鮮糞便檢體（至少拇指大小之量；勿加入任何固定液；4℃保存），併同原始已固定染色之檢體及送驗單於每次採檢後二十四小時內（冰寶冷藏運送）送疾病管制局進行鑑別診斷；經鑑別診斷為侵入性痢疾阿米巴原蟲（<i>Entamoeba histolytica</i>）則為不合格，若屬非侵入性阿米巴原蟲（<i>Entamoeba dispar</i>）時判為「合格」。未依規定複檢者，視為「不合格」。
妊娠檢查	妊娠檢查結果為陽性反應時，醫院需於二十四小時內通知雇主，並自通知之日起七日內重新採樣確認，複驗完成後方可發出健康檢查證明；並請於健康檢查證明標註「已經採檢確認」。如經通知後，未配合於規定時限內確認採檢，亦請標註「經通知後，未配合採檢確認」。