

醫院標誌 Hospital Logo	健康檢查證明 (附表一) (國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)	檢查日期 ____/____/____ (年)(月)(日)
	ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 1) (Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)	____/____/____ (MM) (DD) (Y Y) Date of Examination

I. 基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : Name : _____	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex
護照號碼 : Passport No. : _____	國籍 : _____ Nationality
居留證號 : ARC No. : _____	出生年月日 : _____ Date of Birth
工作直轄 市、縣(市)別 City/County : _____ (Workplace in R.O.C.)	(手機 Cell) 聯絡電話 : _____ Phone No. (住家 Home)



II. 病史 (MEDICAL HISTORY)

曾罹患的疾病 Prior illnesses : _____

III. 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高(Height) : _____公分 cms	G. 頭頸部(Head and neck) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
B. 體重(Weight) : _____公斤 kgs	H. 胸部(Thorax) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
C. 血壓(Blood pressure) _____/_____/____毫米汞柱 mmHg	I. 心臟聽診(Heart auscultation) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
D. 脈搏(Pulse) : _____次/分 beats/min	J. 腹部(Abdomen) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
E. 體溫(Body temperature) : _____°C	K. 體肢運動(Locomotion) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
F. 視力(Vision) : 右 Right _____ 左 Left _____	L. 精神狀態(Mental status) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____
	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 15 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)

C.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) :

※申請展延聘僱許可者，得免檢附 (not required for the application for extension of the employment permit)

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)

備註：本表供短期補習班外國語文教師健康檢查時使用。

Note : This form is for **foreign teacher teaching course(s) on foreign language(s) at a short-term class.**

結論：根據以上對_____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. _____, he/she

has passed the exam has failed the exam needs further examination.

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)