↓病院名の入った印を押してください（ゴム印可）

記入例

醫院標誌
Hospital's Logo

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

→個人の基本資料を記入

基本資料 / Basic Data　証明写真を貼ってください。↓

姓名 Name ：	性別 Sex ：☐男 / M ☐女 / F	照片 / Photo
身份證字號 ID No. ： 中華民国籍のみ	護照號碼 Passport No. ：	
出生年月日 Date of Birth ：YYYY / MM / DD	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

→日本人は免除

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

↑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

☐ 15歲以下兒童免驗 / Not required for children under 15 years of age

→次頁注意事項を参照

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

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　接種証明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

→日本人は免除

漢生病檢查 / 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檢查 / 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 ☐ 須進一步檢查 / 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

↑チェックを入れてください。

健康檢查總結果 / The final result of health examination：

☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步檢查 / Need further examinations ☐ 不合格 / Failed

↑「合格」にチェックが入っていることを必ず確認して下さい。

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist：___検査医師の証明及び捺印

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician：___担当医師の署名及び捺印

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent：___病院の責任者署名及び捺印

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.

病院名の入った印

★病院のゴム印可

検査病院の名称(Hospital'Name):

住所(Hospital' Address):

電話＆ファックス(Hospital'TEL＆FAX): 病院朱肉印

↑空白部分に病院名の入った印を押してください（ゴム印可）

注意事項：

※各検査結果の該当項目にチェックがない場合は無効

※D の検査項目について、「陰性(Negative)もしくは麻疹預防接種證明/Measles Vaccination Certificate、德國麻疹預防接種證明/Rubella Vaccination Certificate」にチェックが入っている場合、予防接種証明の原本又は①接種履歴の記載がある母子手帳の原本及び該当ページ及び②名前記載ページのコピーを添付して提出してください。