

醫院代碼：A17	外國語文教師健康檢查項目表 臺北市立聯合醫院中興院區 院區住址：臺北市大同區鄭州路145號 院區電話：02-2552-3234 轉 6246；傳真：02-2550-4445 Health Certificate for Foreign Language Teacher Taipei City Hospital, Zhongxing Branch Address：No.145,Zhengzhou Rd.,Datong Dist.,Taipei City10341,Taiwan(R.O.C.) TEL:02-2552-3234 ext.6246; FAX:02-2550-4445	檢查日期 ____/____/____ (年)(月)(日) ____/____/____ (YY) (MM) (DD) Date of Examination
----------	--	--

基本資料 / Basic Data		
姓名： Name	性別： Sex	照片 Photo
護照號碼： Passport No.	國籍： Nationality	
居留證號： ARC No.	出生年月日： Date of Birth	
工作縣市別 City/County (Workplace in R.O.C.)	手機： (Mobile Phone) 住家： (Home Phone)	
病史 / Medical History		
曾罹患的疾病 / Prior illnesses：_____		
身體檢查 / Physical Examination		
身高 / Height cms	頭頸部 / Head and neck： <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____	
體重 / Weight kgs	胸部 / Thorax： <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____	
血壓 / Blood pressure： mmHg	心臟聽診 / Heart auscultation： <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____	
脈搏 / Pulse beats/min	腹部 / Abdomen： <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____	
體溫 / Body temperature	體肢運動 / Locomotion：	

°C	<input type="checkbox"/> 正常 / <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> 異常 / <u>Abnormal</u> _____ _____
視力 / <u>Vision</u> : 右 / <u>Right</u> _____ 左 / <u>Left</u>	精神狀態 / <u>Mental status</u> : <input type="checkbox"/> 正常 / <u>Normal</u> <input type="checkbox"/> 異常 / <u>Abnormal</u> _____ _____
其他 / <u>Others</u> : _____	

106. (宏煒) CC04111200 (中興版)

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

B. 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 _____
 other _____ 陽性 / Positive, 效價 / Titers _____
- c. 陰性 / Negative, 效價 / Titers _____

判定 / Result : 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 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.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

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
- d. 申請展延聘僱許可，得免驗 / Not required for the application for extension of the employment permit)

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

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 : _____

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.

本人確認此次為展延聘僱健檢，不需檢驗德國麻疹與麻疹抗體。

I confirm that the purpose of this health examination is for hiring extension , therefore the tests for Rubella and Measles antibody are unnecessary.

Signature: _____ Date: _____