|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 台北市立聯合醫院logo2  醫院代碼：A17 | **居留或定居健康檢查項目表**  **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 Residence Application**  **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**  ：□ **男 / M** □ **女 / F**  **Sex** | **照片**  **Photo** |
| **身份證字號**  ：  **ID No.** | **護照號碼**  ：  **Passport No.** |
| **出生年月日**  ：YYYY / MM / DD  **Date of Birth** | **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  **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  **C. 梅毒血清檢查 / Serological Tests for Syphilis：**  檢驗 / Tests：   1. □ RPR □ VDRL   □ 陽性 / Positive，效價 / Titers □ 陰性 / Negative，效價 / Titers   1. □ TPHA □ TPPA □ FTA-abs □ TPLA □ EIA □ CIA   □ 陽性 / Positive，效價 / Titers □ 陰性 / Negative，效價 / Titers   1. □ 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  **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：**   1. 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   1. 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   1. □ 有接種禁忌，暫不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination   106.(宏煒) CC04111220 中興版 |

**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  ○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 |

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：YYYYM

備註 / Note：本證明三個月內有效。 / The certificate is valid for three months.

同意書

院方已告知本人相關規範，本人已充分了解同意接受體檢，若後續需要重新檢驗或補作項目，願意配合本院區之相關規定與領件時程並自行負擔相關費用，且了解報告內容及體檢日期不得更改；本人已確認辦理健檢之證件非冒用他人資料，本人願負完全之責任，所有後果由本人自行承擔，概與貴院無關。

I agree and admit to undergoing the health check. If there is anything that needs to be done after today, I am willing to cooperate with the hospital and pay for any extra fees. Also, I understand that the information within the report cannot be changed. Finally, I declare that all of the identification documents that I provided are authentic, and am willing to take responsibility for the results. The hospital will not take responsibility.

授權者Name:

授權者地址Address:

連絡電話phone No:

護照號碼Passport No:

簽名Signature:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_