

※醫院の印章

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

↓ 受診者の基本資料を記入してください 基本資料 / Basic Data 証明写真を貼ってください ↓

姓名 : Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex	照片 / Photo
身份證字號 : 中華民國籍のみ 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

↑ 該當欄に☑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 ← 該當欄に☑を入れてください
☐ 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 :

- 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.) 接種日、接種機關及びロット番号をご記入ください
☐ 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

→ 日本人免除

a、b 共に要検査

a か b に ☑ を入れてください

漢生病検査 / 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検査 / 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 ☐ 須進一步検査 / 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

↑ 該欄に☑を入れてください

健康検査總結果 / The final result of health examination :

- ☐ 合格 / Passed ☐ 須進一步検査 / Need further examinations ☐ 不合格 / Failed

↑ 該欄に☑を入れてください

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : 検査医者の署名及び捺印

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : 検査医者の署名及び捺印

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : 検査医者の署名及び捺印

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.

全てご記入ください

→ 日本人免除

居留或定居健康検査項目表の注意事項

日本におきましては、本健康検査に関して**指定された医療機関はございません**。「居留または定居健康検査項目表」を印刷の上、医療機関または海外渡航向けの健康診断を実施しているクリニック等に、当該項目の記入が可能かをご確認ください。

※6歳以下の児童につきましては、健康診断が免除となっております。1歳以上6歳以下の申請者につきましては、「居留または定居健康検査項目表」の提出は不要となりますが、ビザ申請時には以下のいずれかの書類を提出する必要があります。

- 予防接種証明書の原本及びコピー

または

- 母子手帳の原本及び下記のページのコピー：

- ①表紙
- ②発行機関の押印があるページ
- ③予防接種履歴の記載があるページ

医療機関参考用：

一、 「B. 腸内寄生虫糞便検査 / Stool Examination for Parasites」：

付録三（腸内寄生虫糞便検査免除国・地域一覧）をご確認いただき、申請者が**検査免除対象**であるかをご確認ください。基準は、パスポートの発行国・地域となります。

検査免除対象である方は「**来自附録三之國家／地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3**」欄に必ずチェックを入れていただく必要があります。

二、 「C. 梅毒血清検査 / Serological Tests for Syphilis」：

（一）、 不合格判定基準

1. 梅毒治療歴がない、または不明であり、非トレポネーマ検査およびトレポネーマ検査の両方が陽性である場合。
2. 梅毒治療歴があり、非トレポネーマ検査の抗体価が4倍以上である場合。

（二）、 検査の種類 **※両方の検査が必要**

1. 非トレポネーマ検査：RPR または VDRL
2. トレポネーマ検査：TPHA、TPPA、TPLA、EIA、CIA、FTA-abs

（三）、 不合格となった場合

治療を受けた医療機関が発行した完治証明書が必須です。

(四)、 判定欄について

検査結果は、「判定 / Result」欄に明記してください。

三、 「D. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性検査報告或預防接種證明 / Proof of Positive Measles and Rubella Antibody or Measles and Rubella Vaccination Certificates」:

受付できる例:

1. 「a. 抗体検査 / Antibody Tests」欄において、「麻疹抗体 / Measles Antibody」および「風疹抗体 / Rubella Antibody」がともに「陽性 / Positive」となっている。
2. 抗体のいずれか（または両方）が、「陰性 / Negative」となっているが、医療機関発行の予防接種証明書がある。
3. 抗体のいずれか（または両方）が、「未確定 / Equivocal」となっているが、「b. 予防接種証明 / Vaccination Certificates」欄にチェックがあり、医療機関発行の予防接種証明書（※1）がある。
4. 「c. 有接種禁忌、暫時不適宜預防接種 / Having contraindications, not suitable for vaccination」欄にチェックがある。

※1. 医療機関発行の予防接種証明書が無い場合、母子手帳に基づいて、医療機関が健康診断書に「接種日、接種機関及びロット番号」を記入。

※2. 予防接種証明書は、当処にて健康診断書と併せて原本の提出が必要。

※3. ビザ申請は、麻疹および風疹のワクチン接種日の翌日から2週間後に受付可能。

四、 漢生病検査 / Examinations for Hansen' s Disease :

付録四（ハンセン病検査免除国・地域一覧）をご確認いただき、申請者が検査免除対象であることを確認してください。基準は、パスポートの発行国・地域となります。

検査免除対象である方は「來自附錄三之國家／地區者免驗 / Not required for applicants from countries/areas listed in Appendix 3」欄に必ずチェックを入れていただく必要があります。

五、 「居留または定居健康検査項目表」2 ページ目に記載されている「健康検査総結果 / The final result of health examination」欄において、「☐ 合格 / Passed」にチェックがあることが必要です。また、検査実施者、医師、病院代表者の署名および病院名の記載、押印があることが必要です。