

↓病院名の入った印を押し  
てください(ゴム印可)



### 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

記入例

→ 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 : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F Sex	照片 / Photo
身份證字號 : ID No. <b>中華民國籍のみ</b>	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.	

→ 日本人は免除

#### 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  
**↑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.) **↓預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

## 漢生病検査 / Examinations for Hansen's Disease

→  
日  
本  
人  
は  
免  
除

### 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

↑チェックを入れてください。

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

↑「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。