

團聚健康檢查證明

檢查日期 ____/____/____
(月)(日)(年)

附件二

附表

(醫院名稱、地址、電話、傳真機)
(健檢醫院可另行開立具有醫院標誌之健康證明)

基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : _____ 性別 : ☐男 Male ☐女 Female
Name : _____ Sex : _____
身分證字號 : _____ ID No. : _____
護照號碼 : _____ 出生年月日 : ____/____/____
Passport No. : _____ Date of Birth : ____/____/____

照片

Photo

實驗室檢查 (LABORATORY EXAMINATIONS)

- A. HIV 抗體檢查 (Serological Test for HIV Antibody) : ☐陽性 (Positive) ☐陰性 (Negative)
☐未確定 (Indeterminate)
- a. 篩檢 (Screening Test) : ☐EIA ☐Serodia ☐其他 (Others) _____
b. 確認 (Confirmatory Test) : ☐Western Blot ☐其他 (Others) _____
- B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) : (妊娠孕婦可免接受「胸部 X 光檢查」)
☐正常 (Normal) ☐異常 (Abnormal) _____ ※限大片攝影 (Standard Film Only)
- C. 腸內寄生蟲 (含痢疾阿米巴等原蟲) 糞便檢查 (Stool examination for parasites includes *Entamoeba histolytica* etc.) : ☐陽性, 種名 (Positive, Species) _____ ☐陰性 (Negative)
- D. 女性年齡滿 15 歲以上未滿 50 歲者 (含已婚及未婚) 應檢具德國麻疹 (風疹) 抗體陽性檢驗報告或提供德國麻疹預防接種證明 (Females aged 15 to 49 years old should provide proof of a positive rubella antibody titer or a rubella vaccination certificate) :
☐抗體陽性 Rubella Antibody Positive ☐抗體陰性 Rubella Antibody Negative
☐德國麻疹預防接種證明 Vaccination Certificate of Rubella
☐有接種禁忌者, 暫不適宜接種。 (Having contraindications, not suitable for vaccination)

癩病檢查 (CHECK-UP FOR LEPROSY)

- 癩病 (麻瘋) 視診結果 : ☐正常 Normal ☐異常 Abnormal (※視診異常者, 需進一步採檢確診)
- a. 病理切片 : ☐陽性 (多菌、少菌性【Positive - MB, PB】; 診斷依據: 兩者之一即為陽性【Diagnostic if either of them positive】) ☐陰性 (Negative)
- b. 皮膚抹片 : ☐陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) ☐陰性 (Negative)
- ※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)

備註:

一、本表供大陸地區人民首次申請來臺團聚時使用。

二、妊娠孕婦可免接受「胸部 X 光檢查」。A pregnant woman is not necessary to have chest X-ray examination.

三、根據以上對 _____ 先生/女士/小姐之檢查結果為 ☐合格 ☐不合格。He/She ☐passes ☐fails the checkup

負責醫師簽章 (Chief Physician) : _____

醫院負責人簽章 (Superintendent) : _____

日期 (Date) : ____/____/____ ※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

附錄: 健康檢查證明不合格之認定原則

| 檢驗項目 | 不合格之認定原則 |
|--------------|---|
| 人類免疫缺乏病毒抗體檢查 | 一、人類免疫缺乏病毒抗體檢驗經初步測試, 連續二次呈陽性反應者, 應以西方墨點法 (WB) 作確認試驗。 二、連續二次 (採血時間需間隔三個月) 西方墨點法結果皆為未確定者, 視為合格。 |
| 胸部 X 光檢查 | 一、活動性肺結核 (包括結核性肋膜炎) 視為「不合格」。 二、非活動性肺結核視為「合格」, 包括下列診斷情形: 纖維化 (鈣化) 肺結核、纖維化 (鈣化) 病灶及肋膜增厚。 |
| 腸內寄生蟲糞便檢查 | 一、經顯微鏡檢查結果為腸道蠕蟲蟲卵或其他原蟲類如: 痢疾阿米巴原蟲 (<i>Entamoeba histolytica</i>)、鞭毛原蟲類, 纖毛原蟲類及孢子蟲類者為不合格。 二、經顯微鏡檢查結果為阿米巴原蟲類, 如: 哈氏阿米巴 (<i>Entamoeba hartmanni</i>)、大腸阿米巴 (<i>Entamoeba coli</i>)、微小阿米巴 (<i>Endolimax nana</i>)、嗜碘阿米巴 (<i>Iodamoeba butschlii</i>)、雙核阿米巴 (<i>Dientamoeba fragilis</i>) 等, 可不予治療, 視為「合格」。 |
| 德國麻疹 | 德國麻疹抗體陰性且未檢具德國麻疹預防接種證明者為不合格。但有德國麻疹疫苗接種禁忌者, 視為合格。 |

8/30/2007 修訂