

中華民國 96 年 10 月 2 日
行政院衛生署令
署授疾字第 0960000907 號

修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」部分條文及附表一至附表三。

附修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」部分條文及附表一至附表三。

署 長 侯勝茂

受聘僱外國人健康檢查管理辦法部分條文修正條文

第 五 條 丙類人員依規定申請入國簽證時，應檢具認可醫院核發之三個月內健康檢查合格證明。

前項健康檢查，應包括下列項目：

- 一、人類免疫缺乏病毒抗體檢查。
- 二、胸部 X 光攝影檢查。
- 三、梅毒血清檢查。
- 四、B 型肝炎表面抗原檢查。
- 五、濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查（含侵入性痢疾阿米巴）。
- 六、妊娠檢查（女性）。
- 七、一般體格檢查（含精神狀態）。
- 八、癩病檢查。

九、其他經中央衛生主管機關依工作性質及勞動輸出國特性認定必要之檢查。

第一項人員入國前健康檢查有前項任一項目不合格者，不予辦理入國簽證。

第一項、第六條、第七條之健康檢查證明格式如附表二。

第 六 條 雇主於丙類人員入國後三日內，應安排其至指定醫院接受健康檢查；其檢查項目，除妊娠檢查外，與前條第二項規定同。

雇主申請前項人員聘僱許可時，應檢具指定醫院核發之健康檢查合格證明。

第一項檢查項目有不合格者，如有下列情形之一，得再檢查取得合格證明：

- 一、梅毒血清檢查：於健康檢查證明核發之日起三十日內取得完成治療證明。
- 二、濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查：如檢查不合格且非屬侵入性痢疾阿米巴者，於健康檢查證明核發之日起四十五日內取得再檢查合格證明。

第 七 條 雇主應於丙類人員入國工作滿六個月、十八個月及三十個月之日前後三十日內，安排其至指定醫院接受定期健康檢查，除 B 型肝炎表面抗原檢查及妊娠檢查外，其檢查項目與第五條第二項規定同。

雇主應於收受指定醫院核發前項健康檢查證明之日起十五日內，檢具下列文件送交所在地衛生主管機關備查：

- 一、中央主管機關核發之外國人聘僱許可文件。

二、前項健康檢查證明正本。

三、受檢外國人名冊。

四、前次健康檢查合格之同意備查函。

前條第三項之規定於第一項健康檢查不合格者，亦適用之，雇主並應再依前項規定送備查。

第 八 條 指定醫院健康檢查項目不合格之認定及處理原則如附表三。

前二條健康檢查項目任一項目不合格時，為本法第七十三條第四款所定之檢查不合格，經依本法限令出國者，雇主應即督促其出國。但再檢查合格且雇主完成再行備查者，不在此限。

第 十 條 丙類人員有不可歸責之重大事由，未能於規定期限內辦理定期健康檢查時，雇主得檢具相關證明文件向所在地衛生主管機關報備，並於事由消失後七日內補辦定期健康檢查。雇主並應於收受指定醫院核發健康檢查證明之日起十五日內，送交所在地衛生主管機關備查。

第 十一 條 依本法第五十二條第四項但書規定申請再入國工作之丙類人員，雇主仍應依第五條至第七條規定安排其接受健康檢查。但檢具指定醫院入國日前三個月內核發之健康檢查合格證明者，得免依第五條、第六條規定辦理。

醫院標誌
Hospital
Logo

健康檢查證明（附表一）

（國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機）

檢查日期____/____/____

（年）（月）（日）

____/____/____

（D）（M）（Y）

Date of Examination

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type I)

（National Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number）

基本資料（BASIC DATA）

姓名 : _____ Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex	2 吋照片 2"Photo
身份證字號 : _____ ID No.	年齡 : _____ Age	
出生年月日 : ____/____/____ Date of Birth	婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single Marriage	
護照號碼 : _____ Passport No.	國籍 : _____ Nationality	
居住縣市別 : _____ County (Staying)	聯絡電話 : _____ Phone No.	

病史（MEDICAL HISTORY）

您是否曾經感染過下列疾病：

Have you ever had any of the following：

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| A. 心臟病
Heart disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | I. 瘧疾
Malaria | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| B. 高血壓
Hypertension | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | a. <input type="checkbox"/> 間日瘧
<i>Plasmodium vivax</i> | |
| C. 肺病
Lung disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧
<i>Plasmodium ovale</i> | |
| D. 氣喘
Asthma | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | c. <input type="checkbox"/> 三日瘧
<i>Plasmodium malariae</i> | |
| E. 肝病
Liver disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧
<i>Plasmodium falciparum</i> | |
| F. 糖尿病
Diabetes | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | J. 結核病
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| G. 腎臟病
Kidney disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | K. 登革熱
Dengue Fever | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| H. 癲癇
Epilepsy | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | L. 其他 : _____
Others | |

身體檢查（PHYSICAL EXAMINATION）

A. 身高 : _____公分 cms Height	K. 肺臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lungs
B. 體重 : _____公斤 kgs Weight	L. 肝臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Liver
C. 血壓 : ____/____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	M. 脾臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Spleen
D. 脈搏 : _____次/分 times/min Pulse	N. 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Thyroid gland
E. 體溫 : _____℃ Body Temperature	O. 淋巴腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lymph nodes
F. 視力 : 右 Right _____ 左 Left _____ Vision	P. 體肢運動 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Locomotors
G. 皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Skin	Q. 精神狀態 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Mental condition
H. 耳朵 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Ears	若是精神狀態異常，病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____.)
I. 眼睛 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Eyes	R. 其他 Others _____
J. 心臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Heart	

※本證明三個月內有效 (Valid for Three Months)

醫院標誌 Hospital Logo	健康檢查證明（附表二） （國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機）	檢查日期____/____/____ （年）（月）（日） ____/____/____ （D）（M）（Y） Date of Examination
	ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type II)	
	(National Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)	

基本資料（BASIC DATA）

姓名 : _____ Name	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex	2 吋照片 2"Photo
身份證字號 : _____ ID No.	年齡 : _____ Age	
出生年月日 : ____/____/____ Date of Birth	婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single Marriage	
護照號碼 : _____ Passport No.	國籍 : _____ Nationality	
居住縣市別 : _____ County (Staying)	聯絡電話 : _____ Phone No.	

病史（MEDICAL HISTORY）

您是否曾經感染過下列疾病：

Have you ever had any of the following：

- | | | | |
|--------------------------|---|---|---|
| A. 心臟病
Heart disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | I. 瘧疾
Malaria | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| B. 高血壓
Hypertension | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | a. <input type="checkbox"/> 間日瘧
<i>Plasmodium vivax</i> | |
| C. 肺病
Lung disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧
<i>Plasmodium ovale</i> | |
| D. 氣喘
Asthma | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | c. <input type="checkbox"/> 三日瘧
<i>Plasmodium malariae</i> | |
| E. 肝病
Liver disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧
<i>Plasmodium falciparum</i> | |
| F. 糖尿病
Diabetes | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | J. 結核病
Tuberculosis | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| G. 腎臟病
Kidney disease | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | K. 登革熱
Dengue Fever | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No |
| H. 癲癇
Epilepsy | <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No | L. 其他 : _____
Others | |

身體檢查（PHYSICAL EXAMINATION）

A. 身高 : _____公分 cms Height	K. 肺臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lungs
B. 體重 : _____公斤 kgs Weight	L. 肝臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Liver
C. 血壓 : ____/____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure	M. 脾臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Spleen
D. 脈搏 : _____次/分 times/min Pulse	N. 甲狀腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Thyroid gland
E. 體溫 : _____℃ Body Temperature	O. 淋巴腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lymph nodes
F. 視力 : 右 Right _____ 左 Left _____ Vision	P. 體肢運動 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Locomotors
G. 皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Skin	Q. 精神狀態 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Mental condition
H. 耳朵 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Ears	若是精神狀態異常，病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____.)
I. 眼睛 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Eyes	R. 其他 Others _____
J. 心臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Heart	

實驗室檢查（附表二）
（LABORATORY TESTING）

<p>A. HIV 抗體檢查（Serological Test for HIV Antibody）：<input type="checkbox"/>陽性（Positive）<input type="checkbox"/>陰性（Negative） <input type="checkbox"/>未確定（Indeterminate） a. 篩檢（Screening Test）：<input type="checkbox"/>EIA <input type="checkbox"/>Serodia <input type="checkbox"/>其他（Others） b. 確認（Confirmatory Test）：<input type="checkbox"/>Western Blot <input type="checkbox"/>其他（Others） B. 梅毒血清檢查（Serological Test for Syphilis）：<input type="checkbox"/>陽性（Positive）<input type="checkbox"/>陰性（Negative） a. <input type="checkbox"/>RPR b. <input type="checkbox"/>VDRL c. <input type="checkbox"/>TPHA/TPPA d. <input type="checkbox"/>其它（Other） C. B 型肝炎表面抗原檢查（Hepatitis B Surface Antigen Test）：（定期健康檢查免驗，not required for regular checkup）<input type="checkbox"/>陽性（Positive）<input type="checkbox"/>陰性（Negative） a. <input type="checkbox"/>EIA b. <input type="checkbox"/>RIA c. <input type="checkbox"/>其它（Other） D. 胸部 X 光檢查肺結核（Chest X-Ray for Tuberculosis）：※限大片攝影（Standard Film Only） <input type="checkbox"/>正常（Normal）<input type="checkbox"/>異常（Abnormal） E. 腸內寄生蟲（含痢疾阿米巴等原蟲）糞便檢查（採用離心濃縮法檢查）（Stool examination for parasites includes <i>Entameba histolytica</i> etc.）（by centrifugal concentration method）： <input type="checkbox"/>陽性，種名（Positive, Species）<input type="checkbox"/>陰性（Negative） F. 妊娠檢查（Pregnancy test）：（在臺健康檢查免驗，not required for medical examination done in Taiwan） <input type="checkbox"/>陽性（Positive）<input type="checkbox"/>陰性（Negative）</p>
--

癩病檢查（CHECK-UP FOR LEPROSY）

<p>癩病視診結果 <input type="checkbox"/>正常 Normal <input type="checkbox"/>異常 Abnormal a. 病理切片：<input type="checkbox"/>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】）<input type="checkbox"/>陰性（Negative） b. 皮膚抹片：<input type="checkbox"/>陽性（Finding bacilli in affected skin smears）<input type="checkbox"/>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）<input type="checkbox"/>有（Yes）<input type="checkbox"/>無（No）</p>
--

備註：本表供丙類外國人（外籍勞工）健康檢查時使用。（Note：This form is for Group C alien workers.）

結論：根據以上對_____先生／女士／小姐之檢查結果為 ☐合格 ☐不合格

Conclusion：The above medical report of Mr./Mrs./Ms._____, He/she ☐passes ☐fails the checkup.

負責醫檢師簽章
（Chief Medical Technologist）：_____（Name & Signature）

負責醫師簽章
（Chief Physician）：_____（Name & Signature）

醫院負責人簽章
（Superintendent）：_____（Name & Signature）

日期（Date）：_____/_____/_____

※本證明三個月內有效（Valid for Three Months）

※提醒：「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第 7 條規定，雇主應於收受指定醫院核發（外籍勞工入國工作滿 6 個月、18 個月、30 個月的）健康檢查證明之日起 15 日內，檢具文件送交所在地衛生主管機關備查。未依規定辦理健康檢查或核備者，依就業服務法第 67 條規定，處新臺幣 6 萬元以上 30 萬元以下罰鍰。

附表三 指定醫院健康檢查項目不合格之認定及處理原則

檢查項目	不合格之認定及處理原則
人類免疫缺乏病毒抗體檢查	<p>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，受聘僱外國人健康檢查指定醫院將檢體逕送指定確認機構再以西方墨點法（WB）作確認試驗。</p> <p>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。未依規定期限進行複驗者，視同「不合格」。</p>
胸部 X 光檢查	<p>一、活動性肺結核（包括結核性肋膜炎）視為「不合格」。</p> <p>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。</p> <p>三、如經診斷為「疑似肺結核」及不合格或因故無法確認診斷時，由受聘僱外國人健康檢查指定醫院通知雇主，偕同受聘僱外國人攜帶體檢報告、胸部 X 光片、及前次體檢之胸部 X 光片，至指定確認機構複驗。</p>
梅毒血清檢查	<p>一、以 RPR 或 VDRL 其中一種加上 TPHA（TPPA）之檢驗，如檢驗結果有下列情形任一者，為「不合格」：</p> <p>（一）活性梅毒：同時符合通報條件(一)及(二)、或僅符合通報條件(三)者。</p> <p>（二）非活性梅毒：僅符合通報條件(二)者。</p> <p>二、通報條件：</p> <p>（一）臨床症狀出現硬下疳或全身性梅毒紅疹等臨床症狀。</p> <p>（二）未曾接受梅毒治療或病史不清楚者，RPR（+）或 VDRL（+），且 TPHA（TPPA）=1：320 以上（含 320）。</p> <p>（三）曾經接受梅毒治療者，VDRL 價數上升四倍。</p>
濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查	<p>一、方法：採離心濃縮法顯微鏡檢查。</p> <p>二、檢查結果及判定原則分別如次：</p> <p>（一）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」。</p> <p>（二）「疑似痢疾阿米巴原蟲」（<i>Entamoeba histolytica/dispar</i>，包含囊體及活動體），指定醫院必須於二十四小時內通報所在地衛生主管機關，並同時通知雇主，且於通知之日起七日內至原醫院重新採取三次（每天一次）之新鮮糞便檢體（至少拇指大小之量；勿加入任何固定液；4℃ 保存），併同原始已固定染色之檢體及送驗單於每次採檢後二十四小時內（冰寶冷藏運送）送疾病管制局進行鑑別診斷；經鑑別診斷若屬非侵入性阿米巴原蟲</p>

	<p>(<i>Entamoeba dispar</i>) 時判為「合格」；若屬侵入性痢疾阿米巴原蟲 (<i>Entamoeba histolytica</i>) 則為「不合格」；未依規定採檢進行鑑別診斷者，亦為「不合格」。</p> <p>(三) 腸道蠕蟲蟲卵或其他原蟲類如：人芽囊原蟲 (<i>Blastocystis hominis</i>)、鞭毛原蟲類，纖毛原蟲類及孢子蟲類者為「不合格」。但得依本辦法第六條第三項辦理再檢查。</p>
--	---