

中華民國 98 年 2 月 26 日
行政院衛生署令 署授疾字第 0980000125 號

修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」部分條文。

附修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」部分條文

署 長 葉金川

受聘僱外國人健康檢查管理辦法部分條文修正條文

第 四 條 雇主申請入國工作三個月以上之乙類人員聘僱許可及展延聘僱許可時，應檢具下列各款文件之一，送交中央主管機關：

一、該人員由該國合格設立之醫療機構最近三個月內核發經醫師簽章之健康檢查合格證明及其中文譯本，並經我國駐外館處認證。

二、該人員由指定醫院最近三個月內核發之健康檢查合格證明。

前項健康檢查證明，應包括下列檢查項目：

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、一般體格檢查（含精神狀態）。

五、麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明。

六、其他經中央衛生主管機關依其曾居住國家特性認定必要之檢查。

中央主管機關對於前項健康檢查任一項目不合格者，應不予核發聘僱許可或展延聘僱許可。但梅毒血清檢查陽性者，於健康檢查證明核發之日起三十日內取得完成治療證明，不在此限。

第一項健康檢查證明格式如附表一。

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、濃縮法腸內寄生蟲糞便檢查（含痢疾阿米巴）。

五、妊娠檢查（女性）。

六、一般體格檢查（含精神狀態）。

七、漢生病檢查。

八、麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明。

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工作日內，應安排其至指定醫院接受健康檢查；其檢查項目，除第五條第二項第五款及第八款外，與第五條第二項規定同。

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。

雇主因故未能依限辦理第一項之健康檢查者，得於延長三日內補行辦理。

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，除第五條第二項第五款及第八款外，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 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。

前項但書規定之健康檢查合格證明，其檢查項目，除妊娠檢查免驗外，與第五條第二項規定同。

第 十三 條 本辦法施行日期，除中華民國九十八年二月二十六日修正發布之第四條第二項第五款、第五條第二項第八款及第十一條第二項自中華民國九十八年九月一日施行外，自發布日施行。

健康檢查證明（附表一）

檢查日期____/____/____
(年)(月)(日)

醫院標誌

Hospital

Logo

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type I)

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

____/____/____
(D)(M)(Y)

Date of Examination

| 基本資料 (BASIC DATA) | | | |
|--|--|-------------|--|
| 姓名 : _____ Name : _____ 身份證字號 : _____ ID No. : _____ 出生年月日 : ____ / ____ / ____ Date of Birth : ____ / ____ / ____ 護照號碼 : _____ Passport No. : _____ 居住縣市別 : _____ City/County : _____ (Stay while in Taiwan) : _____ | 性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 年齡 : _____ Age : _____ 婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single Marriage : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single 國籍 : _____ Nationality : _____ 聯絡電話 : _____ Phone No. : _____ | 照片 Photo | |
| 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 B.高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No C.肺病 Lung disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No D.氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No E.肝病 Liver disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No F.糖尿病 Diabetes <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 H.癲癇 Epilepsy <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 a. <input type="checkbox"/> 間日瘧 Plasmodium vivax b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 Plasmodium ovale c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 Plasmodium malariae d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 Plasmodium falciparum J.結核病 Tuberculosis <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 L.其他 Others : _____ | | |
| 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION) | | | |
| A.身高 : _____公分 cms Height : _____ B.體重 : _____公斤 kgs Weight : _____ C.血壓 : _____/_____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure : _____/_____ D.脈搏 : _____次/分 beats/min Pulse : _____ E.體溫 : _____℃ Body Temperature : _____ F.視力 : 右 Right _____ 左 Left _____ Vision : _____ G.皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Skin : _____ H.耳朵 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Ears : _____ I.眼睛 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Eyes : _____ J.心臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Heart : _____ | K.肺臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lungs : _____ L.肝臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Liver : _____ M.脾臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Spleen : _____ N.甲狀腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Thyroid gland : _____ O.淋巴腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lymph nodes : _____ P.體肢運動 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Locomotion : _____ Q.精神狀態 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Mental condition : _____ 若是精神狀態異常，病名是_____。 (If abnormal, specify disease _____.) R.其他 Others _____ | | |

健康檢查證明（附表二）

檢查日期____/____/____
(年)(月)(日)

醫院標誌

Hospital

Logo

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機)

ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type II)

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

____/____/____
(D)(M)(Y)

Date of Examination

| 基本資料 (BASIC DATA) | | | |
|--|---|-------------|--|
| 姓名 : _____ Name : _____ 身份證字號 : _____ ID No. : _____ 出生年月日 : ____ / ____ / ____ Date of Birth : ____ / ____ / ____ 護照號碼 : _____ Passport No. : _____ 居住縣市別 : _____ City/County : _____ (Stay while in Taiwan) : _____ | 性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 年齡 : _____ Age : _____ 婚姻狀況 : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single Marriage : <input type="checkbox"/> 已婚 Married <input type="checkbox"/> 未婚 Single 國籍 : _____ Nationality : _____ 聯絡電話 : _____ Phone No. : _____ | 照片 Photo | |
| 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 B.高血壓 Hypertension <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No C.肺病 Lung disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No D.氣喘 Asthma <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No E.肝病 Liver disease <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No F.糖尿病 Diabetes <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 H.癲癇 Epilepsy <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 a. <input type="checkbox"/> 間日瘧 Plasmodium vivax b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 Plasmodium ovale c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 Plasmodium malariae d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 Plasmodium falciparum J.結核病 Tuberculosis <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 L.其他 Others : _____ | | |
| 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION) | | | |
| A.身高 : _____公分 cms Height : _____公分 cms B.體重 : _____公斤 kgs Weight : _____公斤 kgs C.血壓 : _____/_____毫米汞柱 mmHg Blood Pressure : _____/_____毫米汞柱 mmHg D.脈搏 : _____次/分 beats/min Pulse : _____次/分 beats/min E.體溫 : _____℃ Body Temperature : _____℃ F.視力 : 右 Right _____ 左 Left _____ Vision : 右 Right _____ 左 Left _____ G.皮膚 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Skin : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal H.耳朵 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Ears : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal I.眼睛 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Eyes : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal J.心臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Heart : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal | K.肺臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lungs : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal L.肝臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Liver : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal M.脾臟 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Spleen : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal N.甲狀腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Thyroid gland : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal O.淋巴腺 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Lymph nodes : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal P.體肢運動 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Locomotion : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Q.精神狀態 <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal Mental condition : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal 若是精神狀態異常，病名是 _____ (If abnormal, specify disease _____) R.其他 Others _____ | | |

實驗室檢查（附表二）
（LABORATORY TESTING）

| |
|---|
| 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"/> Particle Agglutination <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 <input type="checkbox"/> VDRL <input type="checkbox"/> TPHA/TPPA <input type="checkbox"/> 其它（Other） C. 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） D. 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） E. 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） F. 麻疹及德國麻疹之抗體陽性檢驗報告或預防接種證明（Proof of positive measles and rubella antibody titers or measles and rubella vaccination certificates）： （適用於返國前健檢或入國簽證健檢，only required for medical examination for visa application） a. 抗體檢查（Antibody test）麻疹抗體（Measles antibody titers） <input type="checkbox"/> 陽性（Positive） <input type="checkbox"/> 陰性（Negative） 德國麻疹抗體（Rubella antibody titers） <input type="checkbox"/> 陽性（Positive） <input type="checkbox"/> 陰性（Negative） b. 預防接種證明（Vaccination certificate） <input type="checkbox"/> 麻疹預防接種證明（Vaccination certificate of measles） <input type="checkbox"/> 德國麻疹預防接種證明（Vaccination certificate of rubella） c. <input type="checkbox"/> 經醫師評估，有接種禁忌者，暫不適宜接種。（Not suitable for vaccination due to medical contraindications） |
|---|

漢生病檢查（EXAMINATION FOR HANSEN'S DISEASE）

| |
|---|
| 漢生病視診結果（Skin Examination） <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal（※視診異常者，須進一步採檢確認） （※If abnormal skin lesion is found, a further skin biopsy or skin smear is required） a. 病理切片（Skin Biopsy）： <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 is positive】） <input type="checkbox"/> 陰性（Negative） b. 皮膚抹片（Skin Smear）： <input type="checkbox"/> 陽性（Bacilli found in 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） |
|---|

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 foreign 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

Result：According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms._____, he/she has ☐passed ☐failed the examination.

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> <p>四、妊娠孕婦得至指定確認機構進行三套痰塗片檢查，取代胸部 X 光檢查。三套痰塗片檢查結果任一為陽性者，視為「不合格」。</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）人芽囊原蟲（<i>Blastocystis hominis</i>）及阿米巴原蟲類，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</i>/E. <i>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</p> |

| | |
|---------|--|
| | <p>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；經鑑別診斷若屬迪斯帕阿米巴原蟲（<i>Entamoeba dispar</i>）時判為「合格」；若屬痢疾阿米巴原蟲（<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：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> |
| 麻疹、德國麻疹 | 麻疹或德國麻疹抗體陰性且未檢附麻疹、德國麻疹預防接種證明者為不合格。但經醫師評估，有麻疹、德國麻疹疫苗接種禁忌者，視為合格。 |