

行政院衛生署令

中華民國 100 年 1 月 25 日

署授疾字第 0990001626 號

修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第四條、第七條、第七條之一及第五條附表二、第八條附表三。

附修正「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第四條、第七條、第七條之一及第五條附表二、第八條附表三

署 長 楊志良

受聘僱外國人健康檢查管理辦法第四條、第七條、第七條之一修正條文

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，並經我國駐外館處驗證。

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 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。

第一項定期健康檢查有痢疾阿米巴原蟲陽性者，經於七十五日內複查三次均陰性時，該項檢查視為合格。

第七條之一 雇主對第四條、第六條及前條之健康檢查發現疑似肺結核或無法確認診斷之肺部異常之受雇者，得自健康檢查證明核發之日起十五日內，安排其至指定機構複驗，並於收受指定機構核發診斷證明書之日起十五日內送交主管機關備查。

雇主未於前項規定期限內安排受雇者複驗或檢具診斷證明書備查者，其健康檢查結果視為不合格。

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）  
ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Type I)  
(Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)

檢查日期 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(年) (月) (日)

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(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. : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> 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 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Heart disease B. 高血壓 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Hypertension C. 肺病 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Lung disease D. 氣喘 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Asthma E. 肝病 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Liver disease F. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Diabetes G. 腎臟病 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Kidney disease H. 癲癇 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Epilepsy	I. 瘧疾 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Malaria a. <input type="checkbox"/> 間日瘧 <i>Plasmodium vivax</i> b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 <i>Plasmodium ovale</i> c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 <i>Plasmodium malariae</i> d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 <i>Plasmodium falciparum</i> J. 結核病 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Tuberculosis K. 登革熱 <input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No Dengue Fever 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 _____		

**實驗室檢查（附表一）**  
**(LABORATORY TESTING)**

<b>A. 人類免疫缺乏病毒抗體檢查 (Serological Test for HIV Antibody) :</b> <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>B. 胸部 X 光檢查肺結核 (Chest X-Ray for Tuberculosis) : ※限大片攝影 (Standard Film Only)</b> 發現 (Findings) : _____ 判定 (Results) : <input type="checkbox"/> 合格 (Passed) <input type="checkbox"/> 疑似肺結核或無法確認診斷 (TB Suspect or Pending) <input type="checkbox"/> 不合格 (Failed) (經臺灣健檢醫院判定為疑似肺結核或無法確認診斷者，得至指定機構複驗。) (Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in Taiwan must visit the referred institution for further evaluation.)	
<b>C. 梅毒血清檢查 (Serological Test for Syphilis) : <input type="checkbox"/>陽性 (Positive) <input type="checkbox"/>陰性 (Negative)</b> a. <input type="checkbox"/> RPR   b. <input type="checkbox"/> VDRL   c. <input type="checkbox"/> TPHA/TPPA   d. <input type="checkbox"/> 其它 (Other) _____	
<b>D. 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) :</b> 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) <input type="checkbox"/> 未確定 (Equivocal) 德國麻疹抗體 (Rubella antibody titers) <input type="checkbox"/> 陽性 (Positive) <input type="checkbox"/> 陰性 (Negative) <input type="checkbox"/> 未確定 (Equivocal) 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)	

備註：本表供乙類外國人（外籍教師）健康檢查時使用。

Note : This form is for Group B foreign workers (foreign teacher) .

結論：根據以上對\_\_\_\_\_先生／女士／小姐之檢查結果為☐合格   ☐不合格   ☐須進一步檢查

Result : According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_, he/she

☐has passed the examination   ☐has failed the examination   ☐needs further examination.

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

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

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

日期：\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

※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）	檢查日期 ____/____/____
	（國名、醫院名稱、地址、電話、傳真機）	（年）（月）（日）
	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 : _____	性別 : <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female Sex : _____	照片 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 : _____ City/County : _____	聯絡電話 : _____ Phone No. : _____		
(Stay while in Taiwan) : _____			
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 Plasmodium vivax	
C.肺病 Lung disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	b. <input type="checkbox"/> 卵型瘧 Plasmodium ovale	
D.氣喘 Asthma	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	c. <input type="checkbox"/> 三日瘧 Plasmodium malariae	
E.肝病 Liver disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes <input type="checkbox"/> 沒有 No	d. <input type="checkbox"/> 熱帶瘧 Plasmodium falciparum	
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 beats/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 Locomotion		
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"/>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 b. <input type="checkbox"/>VDRL c. <input type="checkbox"/>TPHA/TPPA d. <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) 發現 (Findings) : _____ 判定 (Results) : _____ <input type="checkbox"/>合格 (Passed) <input type="checkbox"/>疑似肺結核或無法確認診斷 (TB Suspect or Pending) <input type="checkbox"/>不合格 (Failed) (經臺灣健檢醫院判定為疑似肺結核或無法確認診斷者, 得至指定機構複驗。) (Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in Taiwan must visit the referred institution for further evaluation.) 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前健檢, 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) <input type="checkbox"/>未確定 (Equivocal) 德國麻疹抗體 (Rubella antibody titers) <input type="checkbox"/>陽性 (Positive) <input type="checkbox"/>陰性 (Negative) <input type="checkbox"/>未確定 (Equivocal) 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)</p>
---

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

<p>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)</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 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 ☐須進一步檢查

Result: According to the above medical report of Mr./Mrs./Ms. \_\_\_\_\_, he/she

☐has passed the examination ☐has failed the examination ☐needs further examination.

負責醫師簽章

(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 (外籍勞工入國工作满 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」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，至指定機構複驗。</p> <p>四、妊娠孕婦得至指定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/E.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</p>

	<p>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）送中央衛生主管機關所屬疾病管制局進行確認檢查；經確認檢查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」。但得依本辦法第七條第三項辦理複查，未依規定採檢進行確認檢查者，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	<p>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。</p>