



ประกาศกรมการจัดหางาน

เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ (ฉบับที่ ๒)

ตามที่กรมการจัดหางานได้มีประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยได้กำหนดให้ตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานในไต้หวันทุกรายการตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพคนหางาน แบบ ข นั้น

เนื่องจากกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการไต้หวันได้ปรับปรุงแบบหนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพสำหรับคนหางานที่จะไปทำงานในไต้หวัน ดังนั้น เพื่อให้การตรวจสอบสุขภาพของคนหางานที่จะไปทำงานในไต้หวันเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๖ (๒) แห่งพระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองคนหางาน พ.ศ. ๒๕๒๘ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติจัดหางานและคุ้มครองคนหางาน (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๓๗ อธิบดีกรมการจัดหางานจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

๑. ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไป
๒. ให้ยกเลิกหนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ข ท้ายประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐ และให้ใช้หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ข ท้ายประกาศนี้แทน

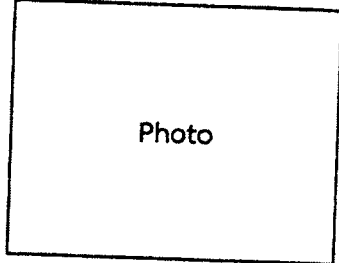
ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๒

(นายสุชาติ พรชัยวิเศษกุล)
อธิบดีกรมการจัดหางาน

แบบ ก.

HOSPITAL 'S NAME

ADDRESS ; TELEPHONE AND FACSIMILE



HEALTH CERTIFICATE

BASIC DATA

Ref. No	หมายเลขใบตรวจโรค	Date of Examination	วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ	
Name	ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)	Date	Month	Year
Age	อายุ yrs. I.D. NO. หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน	Sex	<input type="radio"/> male	<input type="radio"/> Female
Date of Birth	วัน/เดือน/ปี ที่เกิด	Passport No	หมายเลขพาสปอร์ต	
Home address	ที่อยู่ปัจจุบัน	Marriage	<input type="radio"/> Married	<input type="radio"/> Single
		แต่งงาน	โสด	
..... Thailand				

- สอบถามประวัติการเจ็บป่วยของคนงาน MEDICAL HISTORY

Have you ever in your life Including Chidhood had any vf the following:-

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Yes | No | | Yes | No | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma - หอบหืด | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Edema - บวม |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hypertension - ความดันโลหิตสูง | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Yaws - แผลของคุดทะราด |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemoptysis - ไอเป็นเลือด | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Otorrhea - หูอักเสบเป็นหนอง |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart Diseases - โรคหัวใจ | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemia - ไส้เลื่อน |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus - เบาหวาน | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemorrhoid - ริดสีดวงทวาร |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Jaundice - ตาเหลือง,ตัวเหลือง | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accident - อุบัติเหตุ |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsy - โรคลชัก | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fractures - กระดูกหัก |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Veneral diseases - กามโรค | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Surgical Opertator - ผ่าตัด |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Acquired immue deficieney syndrome - โรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Malaria - มาเลเรีย |

Female L.M.P. ประจำเดือนครั้งสุดท้าย

Please explain all items answered "Yes อธิบายคำตอบที่เป็นบวก หรือ Yes (ครับ,ค่ะ)

.....

I certify that the above answers are true and complete and I am aware that any materail falsification or omission of fact result in my immediate discharge

Examinee `s Signature ชื่อ-นามสกุลคนงาน ตัวบรรจง

(ภาษาไทย)

Date วัน/เดือน/ปี ที่ตรวจ

Name ชื่อ - นามสกุล (ภาษาอังกฤษ)

Passport No

หมายเลขพาสปอร์ต

PHYSICAL EXAMINATION (To be filled in by physician)

Height ส่วนสูง cms. Weight น้ำหนัก kgs. Blood Pressure ความดันโลหิต mm. Hg. Pulse ชีพจร /min

Vision : Right ทัศนวิสัยตาขวา Left ทัศนวิสัยตาซ้าย Eyes With glasses Without glasses

Color blindness ตาบอดสี ไส้แว่นตา ไม่ใส่แว่นตา

Blood group หมู่เลือด

CHECK EACH ITEM IN APPROPRIATE COLUMN

การตรวจร่างกายทั่วไป

ITEMS	ปกติ	ผิดปกติ	ADDITIONAL COMMENTS
	NORMAL	ABNORMAL	
General appearance ลักษณะทั่วไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skin, scalp ผิวหนัง และหนังศีรษะ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymph nodes ต่อมน้ำเหลือง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eyes ตา	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ears : หู	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Otosopic Exam. การตรวจดูภายในช่องหู	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nose จมูก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharynx & Tonsils ฟาริงซ์และทอนซิล	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thyroid gland ไทรอยด์	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungs ปอด	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heart หัวใจ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdomen ท้อง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liver ตับ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spleen ม้าม	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernia ไส้เลื่อน	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
External genitallia อวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rectal exam ตรวจทางทวารหนัก	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertebral กระดูกสันหลัง	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locomotor การเคลื่อนไหวของประสาทกล้ามเนื้อ	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflexes การทดสอบระบบประสาท	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health status สุขภาพจิต	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Others			
	E.K.G.	- การตรวจคลื่นหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า	
.....			
.....			

Name Passport No

LABORATORY EXAMINATIONS

Hemoglobin.....gm% White blood cell count Cells/cu.mm.

Differential : PMN.....% Lymp.....% Mono.....% Eos.....%
Baso.....% Band.....% Blast.....%

Serological test for anti HIV GPA Test Positive Negative
 Elisa Test Positive Negative
 Western Blot Test Positive Negative

Hepatitis B Surface Antigen Test Positive Negative
a Ela b Positive c Negative

Hepatitis C Virus Antibody Positive Negative

Serological test for Syphiles VDRL Test Positive Negative
 RPR Test Positive Negative
 TPHA Test Positive Negative

Blood film for malaria Positive Species..... Negative

Urinalysis : Color..... Sp. Gr.....pH.....Sugar.....

Albumin.....Blood.....Ketone.....Bile.....

Micro : WBC...../HPF.,RBC...../HPF.,Casts...../HPF.

Epithelial cell...../HPF., Others.....

Urine pregnancy test (For female Only) Positive Negative

Stool examination for parasites Positive Species..... Negative

Chest X - ray for tuberenlosis Normal Abnormal

Leprosy Normal Abnormal

Lymphatic filariasis Normal Abnormal

Other examinations.....

CONCLUSION : Above is the medical of Mr./Mrs./Ms.....

.....He/She is fit for employment.

SignaturePhysician

Date.....(Valid for three Months)

Date Month Year



移工健康檢查項目表
Health Certificate for Migrant Worker

(國名、醫院名稱、地址、電話、傳真)
(Country Name, Hospital Name, Address, Tel, Fax)

檢查日期 / Date of Examination
YYYY / MM / DD

基本資料 / Basic Data

姓名 / Name	性別 / Sex : <input type="checkbox"/> 男 / M <input type="checkbox"/> 女 / F	照片 Photo
護照號碼 / Passport No.	國籍 / Nationality	
居留證號 / ARC No.	出生年月日 / Date of Birth : YYYY / MM / DD	
工作縣市別 / City/County (Workplace in R.O.C.)	手機 / (Mobile Phone) : _____ 住家 / (Home Phone) : _____	
在中華民國健檢種類 / Type of health examination done in the Republic of China (Taiwan): <input type="checkbox"/> 入國後 3 日內 / Within 3 days of arrival <input type="checkbox"/> 定期 (6、18、30 個月) / Periodic (6, 18, 30 months) <input type="checkbox"/> 補充 / supplementary		

病史 / Medical History

曾罹患的疾病 / Prior illnesses : _____

身體檢查 / Physical Examination

身高 / Height : _____ cms	頭頸部 / Head and neck : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
體重 / Weight : _____ kgs	胸部 / Thorax : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
血壓 / Blood pressure : _____ / _____ mmHg	心臟聽診 / Heart auscultation : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
脈搏 / Pulse : _____ beats/min	腹部 / Abdomen : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
體溫 / Body temperature : _____ °C	體肢運動 / Locomotion : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
視力 / Vision : 右 / Right _____ 左 / Left _____	精神狀態 / Mental status : <input type="checkbox"/> 正常 / Normal <input type="checkbox"/> 異常 / Abnormal _____
其他 / Others : _____	

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

B. 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

C. 腸內寄生蟲糞便檢查 / Stool Examination for Parasites :

陽性, 種名 / Positive, Species _____ 陰性 / Negative
判定 / Result : 合格 / Passed 不合格 / Failed

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 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.)

麻疹預防接種證明 / Measles Vaccination Certificate

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

d. 入國後 3 日內、定期健檢及補充健檢免驗 / Not required for within-3-day-of-arrival, periodic, and supplementary health examination

漢生病檢查 / Examination for Hansen's disease

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檢查 / 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 須進一步檢查 / Needs further examinations 不合格 / Failed

健康檢查總結果 / The final result of health examination :

合格 / Passed 須進一步檢查 / Need further examinations 不合格 / Failed

負責醫檢師簽章 / Signature of Chief Medical Technologist : _____

負責醫師簽章 / Signature of Chief Physician : _____

醫院負責人簽章 / Signature of Superintendent : _____

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.

提醒一 / Notice 1 :

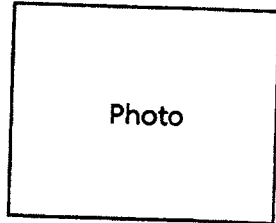
入國後 3 日內健檢或定期健檢結果為須進一步檢查或不合格者, 得依「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第 7 條至第 9 條規定治療或再檢查; 未依規定者, 將因健檢不合格, 廢止其聘僱許可。 / If the results of your within-3-day-of-arrival or periodic health examination show that you require further examinations or you have failed the examination, you have to comply with Article 7 through Article 9 of the "Regulations Governing Management of the Health Examination of Employed Aliens". Failing to pass the health examination will render your work permit terminated.

提醒二 / Notice 2 :

定期健檢及補充健檢之健康檢查證明之正本應由勞工本人留存。 / The original copy of the periodic and supplementary health certificate should be kept by the person who undertook the health examination.

แบบ ก.

HOSPITAL 'S NAME



Photo

Address ; telephone and facsimile

HEALTH CERTIFICATES

BASIC DATA

Ref. No..... Date of Examination

Name Sex Male Female

Age Yrs. I.D.No. Passport No

Date of Birth Marriage Married Single

Home address

..... Thailand

MEDICAL HISTORY

Have you ever in your life including childhood had any of the following :-

- | | | | | | |
|-----------------------|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-------------------|
| Yes | No | | Yes | No | |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Asthma | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Edema |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hypertension | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Yaws |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemoptysis | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Otorrhea |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Heart diseases | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hernia |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Diabetes mellitus | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Hemorrhoid |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Jaundice | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Accident |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Epilepsy | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Fractures |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Veneral diseases | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Surgical Operator |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Acquired immune deficiency syndrome | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Malaria |

Female L.M.P.

Please explain all items answered "Yes"

I certify that the above answers are true and complete and I am aware that any material falsification or omission of fact result in my immediate discharge.

Examinee ` s Signature.....

Date

Name Passport No

PHYSICAL EXAMINATION (To be filled in by physician)

Height cms. Weightkgs. Blood Pressure mm. Hg.

Color Vision

Visual acuity : Right Left Audiometry : Right Left

CHECK EACH ITEM IN APPROPRIATE COLUMN

ITEMS	NORMAL	ABNORMAL	ADDITIONAL COMMENTS
General appearance	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skin. Scalp	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymph nodes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eyes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ears ;	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- Ooscopic Exam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pharynx & Tonsils	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thyroid gland	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lungs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Heart	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abdomen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liver	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spleen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hernia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
External genitalia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rectal exam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vertebrae	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Locomotor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reflexes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mental health status	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Others

Name Passport No

LABORATORY EXAMINATIONS

Hemoglobin.....gm% White blood cell count Cells/cu.mm.
 Differential : PMN.....% Lymp.....% Mono.....% Eos.....%
 Baso.....% Band.....% Blast.....%
 Urinalysis : Glucose Protein Blood
 Liver Function : Serum GOT U/L Serum GPTU/L
 T - Cholesterol.....mg/dl
 Anemia : Hematocrit
 Blood Type : ABO.....RH.....
 Chest X-ray : Film No.....Finding.....

Tuberculosis (TB)

Active Reactive

Chest - ray : Film No..... Finding.....

Sputum examination Tuberculin test

Blood Test

Non - specific inactive cured completed treatment

Urine pregnancy test (For Female only) Positive Negative

Stool examination for parasites Positive Species Negative

Blood film for malaria Positive Species Negative

Hepatitis B Surface Antigen Test Positive Negative

Serological test for Syphilis VDRL Test Reactive Non Reactive

Exam for positives

Hepatitis : HBe Ag
 HBe Ab

Syphilis : (TPHA Test)

Chest P.A. : Film NoFinding.....

CONCLUSION : Above is the medical report of Mr./Mrs./Ms.....

.....He/She is fit for employment.

SignaturePhysician

Date.....(Valid for three Months)

Date Month Year