



ประกาศกรมการจัดหางาน
เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ

ตามที่กรมการจัดหางานได้ออกประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๒ ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓ ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔ และประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ นั้น

เพื่อให้การปฏิบัติราชการของกองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๑๒ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๒

(๒) ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ (ฉบับที่ ๒) ลงวันที่ ๓๐ สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๕๓

(๓) ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ (ฉบับที่ ๓) ลงวันที่ ๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๔

(๔) ประกาศกรมการจัดหางาน เรื่อง การตรวจสอบสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

บรรดาประกาศอื่นใดซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศฉบับนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๒ ในการจัดส่งคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ ให้ผู้รับอนุญาตจัดหางานให้คนหางานเพื่อไปทำงานในต่างประเทศส่งคนหางานเข้ารับการตรวจสอบสุขภาพ ณ สถานพยาบาลที่อธิบดีประกาศกำหนด

ข้อ ๓ การตรวจสอบสุขภาพคนหางาน ให้ตรวจทุกรายการตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองผลการตรวจสอบสุขภาพคนหางานท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

(๑) หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ก ใช้สำหรับคนหางานที่จะไปทำงานในต่างประเทศทุกประเทศ ยกเว้นสาธารณรัฐเกาหลีและไต้หวัน

- (๒) หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ แบบ ข ใช้สำหรับคนทำงานที่จะไปทำงานในไต้หวัน
(๓) หนังสือรับรองการตรวจสุขภาพ แบบ ค ใช้สำหรับคนทำงานที่จะไปทำงานในสาธารณรัฐเกาหลี
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

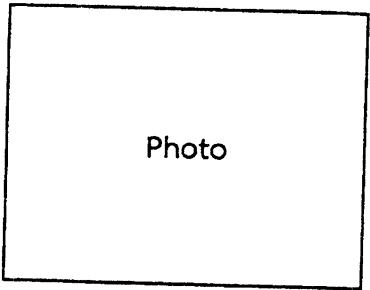
ประกาศ ณ วันที่ ๒๖ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐



(นายสมบัติ นิเวศรัตน์)
รองอธิบดี รักษาราชการแทน
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 of 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 - แผลของकुตทะเลราด |
| <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 deficieny 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 วัดสายตาวขวา Left ตาซ้าย Eyes With glasses Without glasses

Color blindness ตาบอดสี ใส่แว่นตา ไม่ใส่แว่นตา

Blood group หมู่เลือด

CHECK EACH ITEM IN APPROPRIATE COLUMN

การตรวจร่างกายทั่วไป	ปกติ	ผิดปกติ	
ITEMS	NORMAL	ABNORMAL	ADDITIONAL COMMENTS
General appearance ลักษณะทั่วไป	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Skin, scaip 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"/>
- Ooscopic 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"/>
Vertebrac 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.

Differentail : 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 Antjgen 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

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) ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2) (Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)	檢查日期 _____/_____/_____ (年)(月)(日) _____/_____/_____ (MM) (DD) (YY) Date of Examination
--------------------------	---	---

I. 基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : _____	性別	: <input type="checkbox"/> 男 Male	: <input type="checkbox"/> 女 Female	照片 Photo
護照號碼 : _____	國籍	:	:	
居留證號 : _____	出生年月日	:	:	
工作直轄	聯絡電話	:	:	
市、縣(市)別	(手機 Cell)	:	:	
City/County : _____	Phone No.	:	:	
(Workplace in R.O.C.)	(住家 Home)	:	:	
在中華民國健檢種類 Type of physical examination done in the Republic of China (Taiwan):				
<input type="checkbox"/> 入國後三日內 Within 3 days of arrival				
<input type="checkbox"/> 定期(六、十八、三十月) Periodic (6, 18, 30 month) <input type="checkbox"/> 返鄉前 Prior to reentry				

II. 病史 (MEDICAL HISTORY)

曾罹患的疾病 Prior illnesses : _____

III. 身體檢查 (PHYSICAL EXAMINATION)

A. 身高(Height) : _____ 公分 cms B. 體重(Weight) : _____ 公斤 kgs C. 血壓(Blood pressure) _____ / _____ 毫米汞柱 mmHg D. 脈搏(Pulse) : _____ 次/分 beats/min E. 體溫(Body temperature) : _____ °C F. 視力(Vision) : 右 Right _____ 左 Left _____	G. 頭頸部(Head and neck) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ H. 胸部(Thorax) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ I. 心臟聽診(Heart auscultation) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ J. 腹部(Abdomen) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ K. 體肢運動(Locomotion) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ L. 精神狀態(Mental status) : <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal _____ M. 其他 Others _____
--	--

IV. 實驗室檢查 (LABORATORY TESTING)

A. 胸部 X 光攝影檢查肺結核 (Chest X-ray for tuberculosis) : ※限大片攝影 (Standard Film Only)

發現(Findings) : _____

判定(Results) :
合格(Passed) 疑似肺結核(TB Suspect) 須進一步診斷(Pending) 不合格(Failed)

(經中華民國健檢醫院判定為疑似肺結核或須進一步診斷者, 須於十五日內至指定機構再檢查。)
 (Those who are determined to be TB suspects or have a pending diagnosis by the designated hospital in the Republic of China (Taiwan) must visit the referred institution for further evaluation in 15 days.)

B. 梅毒血清檢查 (Serological test for syphilis) :

檢驗(Tests) : a. RPR or VDRL _____ b. TPHA/TPPA _____

c. 其它 (Other) _____

判定(Results) : 合格(Passed) 不合格(Failed)

C. 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 *Entameba histolytica* etc.) (by centrifugal concentration method) :

陽性, 種名 (Positive, Species) _____ 陰性 (Negative)

判定(Results) : 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 titers or measles and rubella vaccination certificates) :

(適用於返鄉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) 陽性(Positive) 陰性(Negative) 未確定(Equivocal)

德國麻疹抗體(Rubella antibody titers) 陽性(Positive) 陰性(Negative) 未確定(Equivocal)

b. 預防接種證明 (Vaccination certificate)

麻疹預防接種證明(Vaccination certificate of measles)

德國麻疹預防接種證明(Vaccination certificate of rubella)

c. 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)

V. 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) : _____

○漢生病(疑似個案須進一步檢查)(Hansen's disease suspect that needs further exam)

a. 病理切片(Skin Biopsy) : _____

b. 皮膚抹片(Skin Smear) : ○陽性 (Finding bacilli in affected skin smears) ○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(Results) : 合格(Passed) 不合格(Failed)

備註: 本表供第二類外國人(外籍勞工)健康檢查時使用。(Note: This form is for Category 2 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 exam has failed the exam needs further 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)

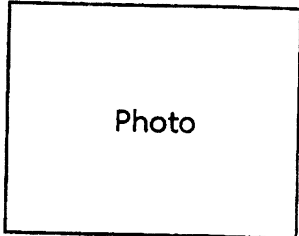
日期(Date): _____/_____/_____

※ 本證明三個月內有效(Valid for Three Months)

※ 提醒一: 自中華民國一百零三年三月一日起辦理之六、十八及三十個月定期健康檢查, 其健康檢查證明免送衛生機關備查。但健檢結果為不合格或須進一步檢查者, 得依「受聘僱外國人健康檢查管理辦法」第七條至第九條規定, 於治療或再檢查後, 檢具再檢查診斷證明書及聘僱許可函送直轄市、縣(市)衛生主管機關備查; 若未辦理再檢查及備查者, 將因健檢不合格, 而遭受廢止聘僱許可。

※ 提醒二: 依據就業服務法第五條第二項第二款規定, 雇主不得留置員工的證明文件, 故雇主除依規定將外籍勞工入國後三日內之健康檢查證明及定期健檢不合格之再檢查診斷證明書, 送交主管機關外, 應將外籍勞工健康檢查證明送交勞工本人留存。

แบบ ค.
HOSPITAL 'S NAME



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"/>
- Otosopic 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.....% Lymph.....% 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