

ประกาศกรมการจัดหางาน

เรื่อง การตรวจสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานต่างประเทศ

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

เพื่อให้การปฏิบัติราชการของกองบริหารแรงงานไทยไปต่างประเทศ เป็นไปด้วยความเรียบร้อย และมีประสิทธิภาพ

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

ข้อ ๑ ให้ยกเลิก

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

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

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

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

บรรดาประกาศอื่นใดซึ่งขัดหรือแย้งกับประกาศฉบับนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๒ ในการจัดส่งคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ ให้ผู้รับอนุญาตจัดหางานให้คนหางานเพื่อไปทำงานในต่างประเทศส่งคนหางานเข้ารับการตรวจสุขภาพ ณ สถานพยาบาลที่อธิบดีประกาศกำหนด

ข้อ ๓ การตรวจสุขภาพคนหางาน ให้ตรวจทุกรายการตามที่ระบุไว้ในหนังสือรับรองผลการตรวจสุขภาพคนหางานท้ายประกาศนี้ ดังต่อไปนี้

- (๑) หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ก ใช้สำหรับคนหางานที่จะไปทำงานในต่างประเทศ
ทุกประเทศ ยกเว้นสาธารณรัฐเกาหลีและไต้หวัน
- (๒) หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ข ใช้สำหรับคนหางานที่จะไปทำงานในไต้หวัน
- (๓) หนังสือรับรองการตรวจสอบสุขภาพ แบบ ค ใช้สำหรับคนหางานที่จะไปทำงานในสาธารณรัฐเกาหลี
ทั้งนี้ ตั้งแต่วันที่ประกาศเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๒ มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๐

สมบัติ นิเวศรัตน์

รองอธิบดี รักษาราชการแทน

อธิบดีกรมการจัดหางาน

แบบ ก.

HOSPITAL 'S NAME

ADDRESS ; TELEPHONE AND FACSIMILE

Photo

HEALTH CERTIFICATE

BASIC DATA

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

- สอบถามประวัติการเจ็บป่วยของคนงาน MEDICAL HISTORY

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

Yes	No		Yes	No	
☐	☐	Asthma - หอบหืด	☐	☐	Edema - บวม
☐	☐	Hypertension - ความดันโลหิตสูง	☐	☐	Yaws - แผลของคุดทะราด
☐	☐	Hemoptysis - ไอเป็นเลือด	☐	☐	Otorrhea - หูอักเสบเป็นหนอง
☐	☐	Heart Diseases - โรคหัวใจ	☐	☐	Hernia - ไส้เลื่อน
☐	☐	Diabetes mellitus - เบาหวาน	☐	☐	Hemorrhoid - ริดสีดวงทวาร
☐	☐	Jaundice - ตาเหลือง,ตัวเหลือง	☐	☐	Accident - อุบัติเหตุ
☐	☐	Epilepsy - โรคลชัก	☐	☐	Fractures - กระดูกหัก
☐	☐	Veneral diseases - กามโรค	☐	☐	Surgical Operator - ผ่าตัด
☐	☐	Acquired immune deficiency syndrome - โรคเอดส์ (ภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	☐	☐	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 material 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 วัดสายตาดขวา 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	☐	☐	
Skin, scalp ผิวหนัง และหนังศีรษะ	☐	☐	
Lymph nodes ต่อมน้ำเหลือง	☐	☐	
Eyes ตา	☐	☐	
Ears : หู	☐	☐	
- Otoscopic Exam. การตรวจดูภายในช่องหู	☐	☐	
Nose จมูก	☐	☐	
Pharynx & Tonsils ฟาริงซ์และทอนซิล	☐	☐	
Thyroid gland ไทรอยด์	☐	☐	
Lungs ปอด	☐	☐	
Heart หัวใจ	☐	☐	
Abdomen ท้อง	☐	☐	
Liver ตับ	☐	☐	
Spleen ม้าม	☐	☐	
Hernia ไล่เลื่อน	☐	☐	
External genitallia อวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก	☐	☐	
Rectal exam ตรวจทางทวารหนัก	☐	☐	
Vertebral กระดูกสันหลัง	☐	☐	
Locomotor การเคลื่อนไหวของประสาทกล้ามเนื้อ	☐	☐	
Reflexes การทดสอบระบบประสาท	☐	☐	
Mental health status สุขภาพจิต	☐	☐	

Others

E.K.G.

- การตรวจคลื่นหัวใจด้วยเครื่องไฟฟ้า

.....

.....

Name Passport No

LABORATORY EXAMINATIONS

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

Differentail : PMN.....% Lymph.....% Mono.....% Eos.....%

Baso.....% Band.....% Blast.....%

Serogical 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

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)
	ITEMS REQUIRED FOR HEALTH CERTIFICATE (Form 2)	____/____/____ (MM) (DD) (YY)
	(Country Name, Hospital Name, Address, Phone Number, Fax Number)	Date of Examination

I. 基本資料 (BASIC DATA)

姓名 : Name	性別 : ☐ 男 Male ☐ 女 Female	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	
工作直轄 市、縣(市)別 City/County :	(手機 Cell)	
(Workplace in R.O.C.)	聯絡電話 : Phone No. (住家 Home)	
在中華民國健檢種類 Type of physical examination done in the Republic of China (Taiwan):		
☐ 入國後三日內 Within 3 days of arrival		
☐ 定期(六、十八、三十月) Periodic (6, 18, 30 month) ☐ 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	G. 頭頸部(Head and neck) : ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____
B. 體重(Weight) : _____ 公斤 kgs	H. 胸部(Thorax) : ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____
C. 血壓(Blood pressure) _____/____ 毫米汞柱 mmHg	I. 心臟聽診(Heart auscultation) : ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____
D. 脈搏(Pulse) : _____ 次/分 beats/min	J. 腹部(Abdomen) : ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____
E. 體溫(Body temperature) : _____ °C	K. 體肢運動(Locomotion) : ☐ 正常 Normal ☐ 異常 Abnormal _____
F. 視力(Vision) : 右 Right _____ 左 Left _____	L. 精神狀態(Mental status) : ☐ 正常 Normal ☐ 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

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	
☐	☐	Asthma	☐	☐	Edema
☐	☐	Hypertension	☐	☐	Yaws
☐	☐	Hemoptysis	☐	☐	Otorrhea
☐	☐	Heart diseases	☐	☐	Hernia
☐	☐	Diabetes mellitus	☐	☐	Hemorrhoid
☐	☐	Jaundice	☐	☐	Accident
☐	☐	Epilepsy	☐	☐	Fractures
☐	☐	Veneral diseases	☐	☐	Surgical Operator
☐	☐	Acquired immune deficiency syndrome	☐	☐	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	☐	☐	
Skin. Scalp	☐	☐	
Lymph nodes	☐	☐	
Eyes	☐	☐	
Ears ;	☐	☐	
- Otoscopic Exam	☐	☐	
Nose	☐	☐	
Pharynx & Tonsils	☐	☐	
Thyroid gland	☐	☐	
Lungs	☐	☐	
Heart	☐	☐	
Abdomen	☐	☐	
Liver	☐	☐	
Spleen	☐	☐	
Hernia	☐	☐	
External genitalia	☐	☐	
Rectal exam	☐	☐	
Vertebrae	☐	☐	
Locomotor	☐	☐	
Reflexes	☐	☐	
Mental health status	☐	☐	

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