

법무부 지정 의료기관 검진대상 및 검사항목 안내

<담당부서>

- 법무부 출입국·외국인정책본부 체류관리과
- 지방출입국·외국인청(사무소, 출장소)

법무부지정 의료기관 신청 등 안내		외국인종합안내센터 (국번없이 ☎1345)
본부 담당자	김영주	02) 2110-4057

외국인등록 시 건강검진 대상자(체류자격)

- 기술연수(D-3), 회화지도(E-2), 예술흥행(E-6), 선원취업(E-10), 방문취업(H-2)

체류자격별 검사항목(양식)

- 기술연수(D-3) : 채용신체검사서(별도 양식 없음, 별첨 1 가능)
- 회화지도(E-2) : 채용신체검사서(별첨 1)
- 예술흥행(E-6) : 채용신체검사서(별도 양식 없음, 별첨 1 가능)
- 계절근로(E-8) : 마약검사확인서(별첨 2-1 또는 2-2)
- 비전문취업(E-9) : 마약검사확인서(별첨 2-1)
- 선원취업(E-10) : 마약검사확인서(별첨 2-1), 건강진단서(별첨 4)
- 방문취업(H-2) : 건강진단서(별첨 3)

결핵검사 관련

- 상기 건강검진 대상자는 결핵검사 필수(해당 양식에 결핵검사 포함됨)
- 결핵고위험국가(35 개국) 국민 중 단기비자(90 일 이하 체류가능)로 입국 후 장기 체류자격으로 변경하려는 외국인은 자격변경 신청 시 결핵진단서* 제출

* 법무부 지정 의료기관 또는 보건소에서 발급한 **결핵진단서**(별첨 5)

- ※ 국내에 장기간(90 일 이상) 체류 목적으로 비자 신청하려는 외국인은 재외공관에 결핵진단서를 제출해야 함

[별첨 1] 회화지도(E-2) 자격

(법무부) 채용신체검사의료기관지정 번호 :

채용 신체 검사서

제 호				사 진 (3cm× 4cm)
성 명 Name		생년월일 Date of Birth		
근무처 Employment Place		전화번호 Phone Number		

검 사 내 용

신 장	cm	체 중	kg	
흉 위	cm	혈 압		
(교정)시력	좌 : ()	색 신 (색 각)	(교정)청력	좌 : ()
	우 : ()			우 : ()
안 질 환		이비인후질환		
치 아		호흡기 질환		
간 질 환		신 경 질 환		
소 화 기 질 환		피 부 질 환		
순 환 기 질 환		정 신 질 환		
비 뇨 기 질 환		혈청검사(매독)		
흉부 X 선 검사(결핵)				

마 약 검 사

필로폰		코카인		아편		대마		기타	
-----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--

위와 같이 검사하였습니다.

년 월 일
검사자(담당의사) (인)

검 사 결 과 합 격 여 부	☐ 합 격	불합격 또는 합격 사유	
	☐ 불 합 격		
	☐ 판 정 보 류		
판정보류 사유 및 정밀검사 필요 여부	*필요시 소견서 별도 첨부		

「공무원 채용신체검사 규정」에 따라 위와 같이 판정하였음을 증명합니다.
년 월 일

의료기관의 장 (인)

[별첨 2-1] 비전문취업(E-9), 선원취업(E-10), 계절근로(E-8, 지정 의료기관용) 자격

(법무부) 채용신체검사의료기관지정 번호 :

마 약 검 사 확 인 서

제		호		사 진 (3cm× 4cm)
성 명 Name		생년월일 Date of Birth		
한국 내 주소 Adress in Korea		전화번호 Phone Number		

검 사 내 용

신 장	cm	체 중	kg	혈 압	
(교정)시력	좌 : ()	색 신 (색 각)		(교정)청력	좌 : ()
	우 : ()				우 : ()

마약검사

필로폰		코카인		아편		대마		기타	
-----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--

위와 같이 검사하였습니다.

년 월 일
검사자(담당의사) (인)

검 사 결 과	☐ 양호 ☐ 불량	
	불량 소견 시 사유	
피검진자 체류에 대한 의견		
정밀검사 필요 여부	*필요시 소견서 별도 첨부	

상기 피검진자의 건강상태에 대해 위와 같이 판정하였음을 증명합니다.

년 월 일
의료기관의 장 (인)

[별첨 2-2] 계절근로(E-8, 보건소 및 보건의료원용) 자격

【보건소 및 보건의료원 발급 서식】

마약검사확인서

제 호				사 진 (3cm× 4cm)
성 명 Name		생년월일 Date of Birth		
한국 내 주소 Adress in Korea		전화번호 Phone Number		

검 사 내 용

신 장	cm	체 중	kg	혈 압	
(교정)시력	좌 : ()	색 신 (색 각)		(교정)청력	좌 : ()
	우 : ()				우 : ()

마약검사

필로폰		코카인		아편		대마		기타	
-----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--

식품의약품안전처가 허가한 마약류 진단시약 또는 질량분석기 등으로 필로폰, 코카인, 아편, 대마 등 4 종의 필수검사 대상 마약류 등에 대하여 위와 같이 검사하였습니다.
년 월 일
검사자(담당의사) (인)

검 사 결 과	☐ 양호 ☐ 불량	
	불량 소견 시 사유	
피검진자 체류에 대한 의견		
정밀검사 필요 여부	*필요시 소견서 별도 첨부	

상기 피검진자의 건강상태에 대해 위와 같이 판정하였음을 증명합니다.
년 월 일

의료기관의 장 (인)

[별첨 3] 방문취업(H-2) 자격

(법무부) 채용신체검사의료기관지정 번호 :

건강진단서

제 호				사 진 (3cm× 4cm)
성명 Name		생년월일 Date of Birth		
한국내 주소 Adress in Korea		전화번호 Phone Number		

검사내용

신장	cm	체중	kg	혈압	
(교정)시력	좌 : ()	색신 (색각)		(교정)청력	좌 : ()
	우 : ()				우 : ()
결핵			정신질환		
매독			간염(HBs Ag)		

마약검사

필로폰		코카인		아편		대마		기타	
-----	--	-----	--	----	--	----	--	----	--

위와 같이 검사하였습니다.

년 월 일
검사자(담당의사) (인)

검사결과	☐ 양호 ☐ 불량	
	불량 소견 시 사유	
피검진자 체류에 대한 의견		
정밀검사 필요 여부	*필요시 소견서 별도 첨부	

상기 피검진자의 건강상태에 대해 위와 같이 판정하였음을 증명합니다.

년 월 일
의료기관의 장 (인)

[별첨 4] 선원취업(E-10) 자격

■ 선원법 시행규칙 [별지 제 23 호의 2 서식] <개정 2016.1.13.>

건강진단서				
CERTIFICATE OF MEDICAL EXAMINATION				
신청인 (Applicants)	성명(Name)		성별(Sex)	
	생년월일 (Date of Birth)		국적 (Nationality)	
건강진단 실시 결과 (Results)	신장(Height)	cm	혈압(Blood Pressure)	
	체중(Weight)	kg	혈액형(Blood Type)	
	청력(Hearing)	좌 LT : 우 RT :	시력(Visual acuity)	좌 LT : 우 RT :
	색각(Colour Vision)		흉위(Circumference of Chest)	cm
	혈액/조혈계 (Blood disorders)		감염병(Infections)	
	정신계 (Mental disorders)		피부질환 (Skin disorders)	
	순환계 (Cardiovascular system)		신경계 (Nervous system)	
	생식 및 비뇨계 (Genito-urinary conditions)		소화계 (Digestive system)	
	당뇨(Diabetes)		간장(Liver)	
	호흡계 및 흉부 X 선 검사(결핵) (Respiratory disorders & Chest-X Ray)			
	특수건강진단에 한함 (Special Examination Only)	빈혈(Anemia)		
		소변 및 매독(Urine and Syphilis)		
공인된 전문의의 선언 (Declaration of the recognized medical practitioner)	검사 시 피검사자 신분 확인 여부(Confirmation that identification documents were checked at the point of examination)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	청력 충족 여부(Hearing meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	보조기 미착용시 청력 충족 여부(Unaided Hearing satisfactory?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	시력 충족 여부(Visual acuity meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	색각 충족 여부(Colour Vision meets the standards in the section A-1/9?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	최근 색각검사일(Date of last colour vision test) 년 월 일			
	경계업무 적합성(Fit for lookout duties)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	건강에 제한이나 제약사항이 있는가?(Any limitations or restrictions on fitness?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
	제한이나 제약사항 기술(If "Yes", specify limitations or restrictions)			
	선원이 승선 이후 승무가 부적합하게 되거나 타인의 건강을 위해할 가능성이 있는 증상이 있는가?(Is the seafarer suffering from any medical condition likely to be aggravated by service at sea or to render the seafarer unfit for such service or to endanger the health of other persons on board?)			[]예(Yes)[]아니오(No)
건강진단 실시일(Date of Exam)			년 월 일	
유효기간만료일(Date of Expiry)			년 월 일	
선원의 서명 (Seafarer's signature)		검사 의사명 및 서명 (Name and Signature of Examinee)		
본인은 이 진단서의 내용과 STCW 협약 A-1/9 조 제 6 항에 따라 진단서 내용에 대하여 재검토를 받을 권리가 있다는 설명을 들었습니다.(I have been informed the content of the certificate and of the right to review in accordance with paragraph 6 of section A-1/9 of the STCW Code)				
「선원법 시행규칙」 제 54 조의 2 에 따라 STCW 협약과 해사노동협약의 관계 기준을 충족하였기에 이 건강진단서를 발급합니다.(It is issued, under the article 54-2 of the enforcement ordinance of the Seafarers' Act, to meet the requirements of both the 1978 STCW Convention as amended and the Maritime Labour Convention, 2006.)				
발급일(Date of Issue) : 년 월 일				
발급 의료기관명(Official name of issuing Authority)			직인(Stamp)	
(전화번호)				

[별첨 5] 결핵진단서(법무부 지정 의료기관, 보건소용)

결핵진단서

성명(Name)		성별(Sex) ☐ M(남) ☐ F(여)
출생일(Date of Birth)		전화번호(Phone Number)
여권번호(Passport Number)	국적(Nationality)	한국 내 주소(Address in KOREA)

1. 흉부 X 선 검사(Chest X-ray)

1-1. 검사 일시 (Date of Chest X-ray) _____ / _____ / _____

1-2. 결과 (Result)

- A. 정상 □ (결핵과 무관한 유소견의 경우 '정상'에 표시)
B. 결핵 유소견 □ → 2 번 검사로

2. 검사실 진단 검사 (도말, 결핵균 및 리팜핀 내성, 배양 동시 실시)

2-1. 객담 도말 검사 : 양성 ☐, 음성 ☐

2-2. 결핵균 및 리팜핀 내성 검사(X-pert MTB/RIF)

- 결핵균(MTB) : 양성 ☐, 음성 ☐
○ 리팜핀 내성 : 유 ☐, 무 ☐, 불필요* ☐

* 결핵균(MTB) 음성인 경우 리팜핀 내성검사 시행 불필요

2-3. 객담 배양 검사 : 검사중 ☐, 양성 ☐, 음성 ☐

3. 판정

3-1. □ 결핵환자 (□ 감수성 결핵, □ 다제내성 결핵(리팜핀 내성 결핵 포함))

3-2. □ 결핵환자 아님

3-3. □ 결핵판정 보류*

(판정 보류 사유:)

* 객담 배양 검사 결과 확인 때까지(1~2 개월 소요) 최종 결핵 판정을 보류

위 사람에 대한 결핵 검진 결과를 위와 같이 확인합니다.

____년 ____월 ____일
 _____검사기관장 (직인)