



僑務委員會  
O C A C , Republic of China (Taiwan)  
海外華裔青年臺灣觀摩團健康證明檢查項目表  
Items Required For Health Certificate

中文姓名 (Name in Chinese) \_\_\_\_\_

檢查日期 Date of Examination

Name in English: \_\_\_\_\_

日(D)\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_年(Y)\_\_\_\_\_

性別 Sex: 男 Male 女 Female 護照號碼 Passport No: \_\_\_\_\_

出生年月日 Date of Birth: 19\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 國籍 Nationality: \_\_\_\_\_

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高 Height: \_\_\_\_\_公分 cm

G. 體重 Weight: \_\_\_\_\_公斤 Kg / Lb

B. 脈搏 Pulse: \_\_\_\_\_次 / 分 time / min

H. 視力 Vision: 右 Right \_\_\_\_\_ 左 Left \_\_\_\_\_

C. 血壓 Blood pressure: \_\_\_\_ / \_\_\_\_毫米汞柱 mm Hg

D. 心臟 Heart: 正常 Normal 異常 Abnormal

E. 體肢運動 Locomotors: 正常 Normal 異常 Abnormal

F. 疝氣 Hernia: 正常 Normal 異常 Abnormal

檢驗室檢查 LABORATORY EXAMINATIONS

Ⓡ未作本項目檢查者，將不予受理。【Application missing this information will not be accepted.】

A. 胸部 X 光檢查肺結核 Chest X-Ray for Tuberculosis: 正常 Normal 異常 Abnormal

B. B 型肝炎表面抗原檢查 Hepatitis B Surface Antigen: 陽性 Positive 陰性 Negative

病史 MEDICAL HISTORY

♥ 您是否曾經感染下列疾病 Have you ever had the following diseases ?

A. 心臟病 Heart disease: Yes No E. 癲癇 Epilepsy: Yes No

B. 氣喘病 Asthma: Yes No F. 腎臟病 Kidney disease: Yes No

C. 高血壓 Hypertension: Yes No G. 瘧疾 Malaria: Yes No

D. 糖尿病 Diabetes: Yes No H. 肝病 Liver Disease: Yes No

結論：根據以上對\_\_\_\_\_先生 / 小姐之檢查結果，他 / 她 是 不是 合格的。

CONCLUSION: Above is the medical report of Mr. / Ms \_\_\_\_\_ He / She Is Is not fit.

醫院 (診所) 名稱、地址、電話

負責醫師簽章

Hospital's or Clinic's Name, Address and Telephone

Chief Physician: \_\_\_\_\_

[ Name & Signature ]

日期 Date: 日(D)\_\_\_\_月(M)\_\_\_\_年(Y)20\_\_\_\_

醫院負責人簽章

Superintendent: \_\_\_\_\_

[ Name & Signature ]