



僑務委員會
海外青年臺灣觀摩團健康證明檢查表
Health Check Certificate

中文姓名 (Name in Chinese)	檢查日期 Date of Examination 日(D)____月(M)____年(Y)____	相片 (1張) Attach One (1) Recent 1.5x2in. Photo Here
Name in English: _____		
性別 Sex: <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 護照號碼 Passport No: _____		
出生年月日 Date of Birth: ____/____/____ 國籍 Nationality: _____		

身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高 Height: _____ 公分 cm	G. 體重 Weight: _____ 公斤/磅 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: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal	
E. 體肢運動 Physical movement: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal	
F. 疝氣 Hernia: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal	

檢驗室檢查 LABORATORY EXAMINATIONS

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

A. 胸部 X 光檢查肺結核 Chest X-Ray for Tuberculosis: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
B. B 型肝炎表面抗原檢查 Hepatitis B Surface Antigen: <input type="checkbox"/> 陽性 Positive <input type="checkbox"/> 陰性 Negative

病史 MEDICAL HISTORY

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

A. 心臟病 Heart disease: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	E. 癲癇 Epilepsy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
B. 氣喘病 Asthma: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	F. 腎臟病 Kidney disease: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
C. 高血壓 Hypertension: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	G. 瘧疾 Malaria: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
D. 糖尿病 Diabetes: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	H. 肝病 Liver Disease: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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]