

中華民國客家委員會、中央大學客家語文暨社會科學學系

Hakka Affairs Council & College of Hakka Studies of N.C.U.

「2016 世界青年客家文化研習營」健康檢查項目表

Items Required For Health Certificate of 2016 Overseas Youth Hakka Culture Camp

【本證明 3 個月內有效 Valid for Three Months】

附件 2

中文姓名：_____ (Name in Chinese) Name in English: _____ 性別 Sex: <input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female 出生年月日 Date of Birth: 19__ / __ / __ 國籍 Nationality: _____	檢查日期 Date of Examination 日(D)____月(M)____年(Y)____ 護照號碼 Passport No: _____	相 片 Recent 2-inch Photo Here
身體檢查 PHYSICAL EXAMINATION		
A. 身高 Height: _____ 公分 cm B. 脈搏 Pulse: _____ 次 / 分 time / min 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 Locomotors: <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal F. 體重 Weight: _____ 公斤 Kg / Lb G. 視力 Vision: 右 Right _____ 左 Left _____ H. 疝氣 Hernia <input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal		
檢驗室檢查 LABORATORY EXAMINATIONS		
⑧未作本項目檢查者，將不予受理。【Applications missing this information will not 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		
疾病史 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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No B. 氣喘病 Asthma: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No C. 高血壓 Hypertension: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No D. 糖尿病 Diabetes: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No E. 癲癇 Epilepsy: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No F. 腎臟病 Kidney disease: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No G. 瘧疾 Malaria: <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 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 不是 合格的。 CONCLUSION: Above is the medical report of Mr. / Ms _____ He / She <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> is not fit.		
醫院 (診所) 名稱、地址、電話 Hospital or Clinic Name、Address、Tel.		負責醫師簽章 Chief Physician: _____ <div style="text-align: center;">[Name & Signature]</div>
醫院負責人簽章 Superintendent: _____ <div style="text-align: center;">[Name & Signature]</div>		日期 Date: 日(D)____月(M)____年(Y)____