



僑務委員會
O C A C , Republic of China (Taiwan)
2018 年僑務委員會海外青年臺灣文化研習營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 日(D)____月(M)____年(Y)____	相 片 Attach One Recent 1-inch 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 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 Locomotors : <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。【Application 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 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 <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's or Clinic's Name, Address and Telephone	負責醫師簽章 Chief Physician : _____ [Name & Signature]	
醫院負責人簽章 Superintendent : _____ [Name & Signature]	日期 Date : 日(D)____月(M)____年(Y)20____	