



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

Name in English: _____

日(D)____月(M)____年(Y)____

相片
Attach One
Recent 1-inch
Photo Here

性別 Sex: 男 Male 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: 正常 Normal 異常 Abnormal
E. 體肢運動 Physical movement 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。【Applications 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/do you have 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
Hospital's or Clinic's Name, Address and Telephone

負責醫師簽章
Chief Physician: _____
[Name & Signature]

日期 Date: 日(D)____月(M)____年(Y) 20____

醫院負責人簽章
Superintendent: _____
[Name & Signature]