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 Attach One Recent 1-inch Photo Here
Name in English: _____			

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 〕