



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Gender: <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 <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___	