



僑務委員會 OCAC, R.O.C. (Taiwan)

2024 年海外青年臺灣技職教育體驗營健康證明檢查表
2024 Overseas Compatriot Youth
Taiwan Technical and Vocational Education Experience Program
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 : <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 : 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)

醫院負責人簽章

Superintendent : _____
[Name & Signature]