



僑務委員會
O C A C , Republic of China (Taiwan)
海外華裔青年臺灣觀摩團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

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 : 1 9 ___/___/___ 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 : 正常 Normal 異常 Abnormal

E. 體肢運動 Locomotors : 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。【Application 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 the following diseases ?

A. 心臟病 Heart disease : Yes No

F. 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

負責醫師簽章

Hospital's or Clinic's Name, Address and Telephone

Chief Physician : _____

[Name & Signature]

日期 Date : 日(D)____月(M)____年(Y)20____

醫院負責人簽章

Superintendent : _____

[Name & Signature]