



僑務委員會
2024年僑務委員會海外青年語文研習班健康證明檢查項目表
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: <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 | | |
| Y 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"/> Passes <input type="checkbox"/> Does not pass | | |
| 醫院(診所)名稱、地址、電話 Hospital or Clinic Name, Address and Telephone | 負責醫師簽章 Chief Physician: _____ [Name & Signature] | |
| 醫院負責人簽章 Superintendent: _____ [Name & Signature] | | |