



僑務委員會
2024海外青年臺灣觀摩團健康證明檢查表
2024 Overseas Youth Taiwan Study Tour
Health Check Certificate

中文姓名 (Name in Mandarin)	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 _____公分 cm Height:	G. 體重 _____公斤/磅 Kg / Lb Weight:	
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/conditions ?		
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 are the examination results of Mr. / Ms. _____ He / She <input type="checkbox"/> Passed <input type="checkbox"/> Failed		
醫院 (診所) 名稱、地址、電話	負責醫師簽章	
Hospital or Clinic 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)		