



僑務委員會  
Overseas Compatriot Affairs Commission  
海外華裔青年台灣觀摩團健康證明檢查項目表

Items Required For Health Certificate

【本證明3個月內有效 Valid for Three Months】

中文姓 \_\_\_\_\_ (Name in Chinese)

檢查日期 Date of Examination

Name in English: \_\_\_\_\_

日(D)\_\_\_月(M)\_\_\_年(Y)

性別 Sex: 男 Male 女 Female 護照號碼 Passport No: \_\_\_\_\_

出生年月日 Date of Birth: 19\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ 國籍 Nationality: \_\_\_\_\_

相片

Attach One  
Recent 1-inch  
Photo Here

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      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)20\_\_\_

醫院負責人簽章  
Superintendent: \_\_\_\_\_  
{ Name & Signature }