|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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：□男Male □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.】** | | | |
| 1. 胸部Ｘ光檢查肺結核Chest X-Ray for Tuberculosis： □正常Normal □異常Abnormal 2. 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 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 )  醫院負責人簽章  Superintendent：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  〔 Name & Signature 〕 | | | |