



2025年僑務委員會海外青年語文研習班
健康證明檢查表
2025 OCAC Language Study Program for Compatriot Youth
Health Check Certificate

中文姓名(Name in Mandarin)： _____	檢查日期 (Date of Examination) (MM) ___/(DD) ___/(YY)20___	相片 Attach One Recent 1-inch Photo Here
Name in English: _____		
性別(Gender)： <input type="checkbox"/> 男(Male) <input type="checkbox"/> 女(Female) 護照號碼(Passport No.)： _____		
出生年月日 (Date of Birth)： (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____ 國籍 (Nationality)： _____		

身體檢查PHYSICAL EXAMINATION

A. 身高(Height)： _____公分(cm) B. 體重Weight： _____公斤(Kg) 磅(Lb)

C. 脈搏(Pulse)： _____次(time)/分(min)

D. 血壓(Blood pressure)： ___/____毫米汞柱(mm Hg)

E. 心臟(Heart)： 正常(Normal) 異常(Abnormal)

F. 體肢運動(Physical movement)： 正常(Normal) 異常(Abnormal)

免疫注射證明PROOF OF VACCINATIONS

The above named individual has completed each immunization of :

- A. a TB Test has been taken.
- B. Hepatitis B series on (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____
- C. DTP on (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____
- D. MMR on (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____
- E. Td on (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____
- F. Polio on (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____

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 (Hospital's or Clinic's Name, Address and Telephone)	負責醫師簽章 (Chief Physician)： _____ [Name & Signature]
醫院負責人簽章 (Superintendent)： _____ [Name & Signature]	日期(Date)： (MM) ___/(DD) ___/(YY) _____