僑務委員會

2025海外青年臺灣觀摩團健康證明檢查表

2025 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：□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 F.體重Weight： 公斤/磅Kg / Lb

B.脈搏Pulse： 次/分 time / min

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

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 _____

C. DTP on _____ D. MMR on _____ E. Td on _____

F. Polio on _____

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 〕

日期 Date：日(D)__月(M)__年(Y)20____

醫院負責人簽章

Superintendent：_____

〔 Name & Signature 〕