



健康證明書

MEDICAL EXAMINATION REPORT

\* 請用正楷填寫 Please fill in Block letters \*

姓名： \_\_\_\_\_ (中文) \_\_\_\_\_ (英文)
Name in Chinese 請先填寫姓氏 Surname First in English

出生日期： \_\_\_\_\_ 年 Y \_\_\_\_\_ 月 M \_\_\_\_\_ 日 D 性別： \_\_\_\_\_ 身份證或護照號碼： \_\_\_\_\_
Date of Birth Sex I.D./Passport No.

1. 病歷 (重症、感染、手術) Medical History (serious illnesses, infections, operations) :

Three horizontal lines for medical history input.

2. 一般觀察 General Observation :

Two horizontal lines for general observation input.

3. 身高 Height : \_\_\_\_\_ 4. 體重 Weight : \_\_\_\_\_

5. 皮膚 Skin :

One horizontal line for skin input.

6. 聽覺 Aural Ability :

One horizontal line for aural ability input.

7. 視力 Sight Ability :

One horizontal line for sight ability input.

8. 乳房 Breasts (只適用於女性申請人 For Female applicant) :

One horizontal line for breasts input.

9. 甲狀腺 Thyroid :

One horizontal line for thyroid input.

10. 心臟循環系統 Cardio-Vascular System :

10.1 心臟 Heart : \_\_\_\_\_

10.2 血壓 Blood Pressure : \_\_\_\_\_

10.3 脈搏 Pulse : \_\_\_\_\_

10.4 靜脈 Vein : \_\_\_\_\_

10.5 血色素 Hemachrome : \_\_\_\_\_

11. 腺體 Glands :

---

---

12. 呼吸系統 Respiratory System :

12.1 鼻 Nose : \_\_\_\_\_

12.2 肺 Lungs : \_\_\_\_\_

12.3 胸肺 (X-光報告) Chest & Lungs (X-Ray Report) : \_\_\_\_\_

13. 消化系統 Alimentary System :

13.1 口腔及咽喉 Mouth & Pharynx : \_\_\_\_\_

13.2 牙齒 Teeth : \_\_\_\_\_

13.3 腹部 Abdomen : \_\_\_\_\_

13.4 大便 Stool : \_\_\_\_\_

14. 泌尿系統 Urinary System :

14.1 小便 Urine : \_\_\_\_\_

15. 神經系統 Nervous System :

15.1 頭痛 Headaches : \_\_\_\_\_

15.2 睡眠 Sleep : \_\_\_\_\_

16. 種痘及防疫注射 Inoculations & Vaccinations :

---

---

檢驗醫生姓名 Name of Examining Doctor : \_\_\_\_\_

醫務所地址 Address of Examining Doctor : \_\_\_\_\_

---

醫生簽署 Doctor's Signature : \_\_\_\_\_ 日期 Date : \_\_\_\_\_