



佛教慈濟醫療財團法人台北慈濟醫院
Taipei Tzu Chi Hospital, Buddhist Tzu Chi Medical Foundation
【外國見習醫學生健康檢查表】

Health Certificate Form For International Medical Students

1.基本資料 Basic Data

中文/英文姓名 Chinese / English Name

護照號碼/效期 Passport No / Expired Date

出生地點/日期 Place of Birth / Date of Birth

國籍 Nationality

性別 Sex ☐男 Male ☐女 Female

2.病史 Medical History

※您是否曾經感染過下列疾病 Have you ever had diseases of the following

心臟病 Heart Disease	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 不確定 Uncertain
結核病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 不確定 Uncertain
登革熱 Dengue Fever	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 不確定 Uncertain
癲癇 Epilepsy	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 不確定 Uncertain
瘧疾 Malaria	<input type="checkbox"/> 有 Yes	<input type="checkbox"/> 沒有 No	<input type="checkbox"/> 不確定 Uncertain
其他 Others			

3.身體檢查 Physical Examination

身高 Height		體重 Weight	
血壓 Blood Pressure	/ 毫米汞柱 mmHg	脈搏 Pulse	次/分 Times/min
矯正後視力 Corrected Eyesight	左 Left : 右 Right :	胸部 X 光 Chest X-ray	<input type="checkbox"/> 正常 Normal <input type="checkbox"/> 異常 Abnormal
B 型肝炎抗原 HBsAg	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive <input type="checkbox"/> 陰性 Negative	B 型肝炎抗體 Anti-Hbs	<input type="checkbox"/> 陽性 Positive <input type="checkbox"/> 陰性 Negative
檢查結果 Result of the exam			

※本證明一年內有效 This is valid for one year

醫師簽章 Signature of Physician : _____

醫院名稱 Hospital Name : _____

醫院地址 Hospital Address : _____

檢查日期 Date(yyyy/mm/dd) : _____