

身体检查表 (与申请表格一同承上)

名字: _____

性别: [男/女] 出生日期(dd/mm/yy): _____/_____/_____

高度(公厘米): _____ 重量(公斤): _____

婚姻状况: [未婚/结婚/离婚/寡居/其他 _____]

1. 病史

曾经经历的病症:

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 过敏 | <input type="checkbox"/> 哮喘 | <input type="checkbox"/> 糖尿病 |
| <input type="checkbox"/> 月经痉挛 | <input type="checkbox"/> 癫痫症 | <input type="checkbox"/> 肝炎 |
| <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 肾脏混乱 | <input type="checkbox"/> 偏头痛 |
| <input type="checkbox"/> 鼻窦炎 | <input type="checkbox"/> 皮肤问题 | <input type="checkbox"/> 结核病 |

曾经动过的手术或所受的伤: _____

疗程: _____

抽烟: _____ 嗜酒: _____ 毒瘾: _____

家史: _____

精神病历: _____

2. 综合状态

耳朵: _____ 眼睛: _____

皮肤: _____

乳房(女性学生): _____

其他陈述: _____

3. 心血管系统

心脏: _____

脉搏: _____ 静脉曲张: _____

血压: _____

4. 腺

5. 呼吸系统

鼻子: _____ 肺: _____

胸部 X 光: _____

6. 消化系统

嘴与咽: _____ 牙: _____

腹部: _____

7. 泌尿系统

蛋白质/尿糖: _____

8. 神经系统

9. 其他

B 型肝炎抗原: _____ 抗体: _____

梅毒和 HIV 抗体(爱之病): _____

BF for Malaria Parasite: _____

10. 概括性评论

我证明 _____ 由我审查并且没有任何严重的
身体或精神病足以影响他在 ACTS 学院求学。

我建议他必须接受特殊的照料 _____

医生署名 / 日期

名字 : _____

诊所 : _____

地址 : _____

联络 : _____