**身體健康調查表**

**一般信息：**

姓名： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 性別：\_\_\_\_\_\_ 血型：\_\_\_\_\_\_

家庭地址: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

第一緊急聯繫人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 微信號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

第二緊急聯繫人：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 電話：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 微信號：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**體檢信息：**

最近一次全身體檢的時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_最近一次牙齒全面檢查和修補的時間：\_\_\_\_\_\_\_您的裸眼視力是否達到1.0以上？\_\_\_\_\_\_最近一次檢查視力和配眼鏡的時間：\_\_\_\_\_\_\_

註：1. 請您來澳洲前五個月之內到醫院做整個全身體檢，其中需要包括血常規和胸部X光檢查，**並將醫生出具的詳細體檢報告附在本調查表後面。**2. 由於澳洲**看牙醫與配眼鏡**的價格極其昂貴，並且不在OSHC保險和Medicare的報銷範圍之內，我們強烈建議您**來澳洲前五個月內做牙齒全面檢查**。3. 如果您的裸眼視力達不到1.0，請務必在來澳洲前五個月內進行視力檢查并**配製兩副眼鏡**（一副常用，一副備用）。**過敏史：(本院嚴禁煙酒。素食伙食一視同仁,不特別為個人定製。嚴重過敏者, 請勿申請入學。)**

您是否曾對任何藥物、食物或接觸物過敏？\_\_\_

請詳細列出過敏源清單與對於過敏症狀。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **過敏源** | **過敏症狀** | **過敏源** | **過敏症狀** |
| 1. |  | 2. |  |
| 3. |  | 4. |  |
| 5. |  | 6. |  |

**既往病史：**

您是否曾患憂鬱症？\_\_\_\_\_\_您是否曾患躁狂症？\_\_\_\_\_\_ 您是否曾經長期失眠？\_\_\_\_\_\_

您是否有其他精神病史？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最後一次發作的時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否有癲癇病史？ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最後一次發作的時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否患有先天性心臟病？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 最後一次症狀發作時間：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否曾被診斷為某種疾病或外傷而不能參加中等體力勞動？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否曾患乙型肝炎？\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否曾被診斷為肝炎病毒攜帶者？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您是否患有任何傳染性疾病？\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

女同學是否患婦科疾病？\_\_\_\_ 是否患有嚴重痛經？\_\_\_ 平時用何藥物控制痛經？\_\_\_\_

請羅列出您的患病史：如果空間不夠，請在本調查表後面單獨列表說明。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 診斷 | 治療結果 | 後續是否用藥 | 後續注意事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**外傷手術史：**

您是否曾受重大外傷？\_\_\_\_ 您是否曾患闌尾炎？\_\_\_\_ 是否曾接受闌尾切除術？\_\_\_\_\_

請在下表中羅列出您的外傷史和手術史。如果空間不夠，請在本調查表後面單獨列表說明。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 時間 | 診斷 | 治療結果 | 後續是否用藥 | 後續注意事項 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**藥物情況：**

您現在是否需要每天或每週常規服用某種藥物？\_\_\_\_\_\_\_\_\_

您帶來澳洲的藥物可以服用多久？\_\_\_\_ 是否需要澳洲當地醫生續開處方?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

請在下表中羅列出來：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 藥物名稱 | 劑量與時間 | 治療目的 | 是否有特殊注意事項 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

您是否還有其他希望說明的事項？如果有，請另附說明。

**在仁者收到澳駐中領事館通知至其指定體檢醫院完成體檢,並取得體檢報告後,將之掃描或照相，通過電郵發過來。**

您是否同意，在澳洲淨宗學院老師的安排下，將您以上私人信息交給澳洲當地專業醫務人員閱讀？\_\_\_\_\_\_

以上所填,**若有隱瞞,不實, 願意接受遣返**。

申請人姓名： 簽字：

申請人父母姓名： 簽字：

簽字日期：