附件六

範本

**漁船船員體格檢查證明書**

檢查醫院名稱： 填表日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年齡 | 歲 | 出生日期 | 年 月 日 | 性別 |  |
| 護照號碼 |  | 船員類別 | 幹部船員 | 普通船員 |
| 居留證號碼 |  |
| 住址 |  | 漁航 | 輪機 | 電信 |  |
|  |  |  |
| 身高 | 公分 | 體重 | 公斤 | 吸菸 |  | 飲酒 |  | 檳榔 |  |
| 眼 | 視力 | 左 | 裸眼視力矯正視力 | 右 | 裸眼視力矯正視力 | 眼疾： | 色盲： |
| 耳 | 聽力：左： | 右： | 耳疾： |  |
| 語言障礙： | 頭頸部： | 脊柱及四肢： | 關節： |
| 胸部Ｘ光（大片）攝影檢查： |
| 貼照片處（需加蓋騎縫章） | 檢查結果(請加蓋「合格」或「不合格」) | 檢查醫院 |
|  | （加蓋印信） |
| 檢驗醫師： （簽章） | 檢驗日期： 年 月 日 |

* 體格檢查規定事項詳見後頁

體 格 檢 查 規 定 事 項

一、申請人注意事項

（一）申請人之體格檢查，應由下列醫療機構辦理之：

1.公立醫院。

2.中央衛生主管機關評鑑合格之教學醫院。

3.區域醫院。

（二）檢驗費由受檢人自行繳納，如發現其他特殊症狀，須經特別檢驗時，得由檢驗機構，另行酌收費用。

（三）體格檢查證明書自檢查之日起六個月內有效。

二、檢驗醫師注意事項

（一）檢驗醫師請注意檢查標準。

（二）檢驗醫師核對身分證及相片無訛後，依本表所列各項目詳細檢查後，逐一記載，並於檢驗結果欄內註明「合格」或「不合格」，其不合格者，請註明受檢人患有檢查標準某項某款疾病名稱。

（三）檢驗竣事後，由檢驗醫師簽名蓋章，填寫年月日，加蓋檢驗機構印信，並於照片加蓋騎縫章。

三、體格檢查，符合下列要項規定者，判定體格檢查不合格：

（一）視力：在距離五公尺，以萬國視力表檢驗，任一眼裸眼視力未達０．一或矯正視力未達０．五者。

（二）變色力：不能辨別紅、綠、藍三原色。

（三）聽力：兩耳不能聽到5公尺距離的說話聲音者。

（四）語言障礙：不能發聲溝通者。

（五）頭頸部、脊柱及四肢、關節：有障礙，致不堪勝任工作者。

（六）胸部X光檢查：心肺有異常，例如:傳染性肺結核。