附件二

正面

驗船師體格證明書
MEDICAL CERTIFICATE OF MARINE SURVEYOR

姓 名 Name		年齡 Age		出生年月日 Birth Date		出生地 Birth Place	
身 分 證 Id Card	統一編號： NO：					現職 Occupation	
住 址 Address							

身高 Height			體重 Weight		
耳 Ears	聽力 Hearing	左 LT	右 RT	耳疾 Diseases	
眼 Eyes	視力 Visual Acuity	裸眼視力 Unaided Visual Acuity 左 LT / 右 RT	矯正視力 Aided Visual Acuity 左 LT / 右 RT	眼疾 Diseases	有無色盲 Color Deficiency
鼻 Nose		咽 喉 Throat		齒 Teeth	
胸部 Chest	心臟 Heart	脈搏 Pulse	雜音 Murmur	節律 Rhythm	
	肺臟 Lung	聽診 Auscultation	雜音 Rale,Rhonchi,Wheezing	呼吸 Breathing	
	血壓(舒張壓/收縮壓) Blood pressure				
腹部 Abdomen	肝臟 Liver		脾臟 Spleen		
	盲腸 Appendix		疝氣 Hernia		
脊柱及四肢 Spine & Extremities	畸形 Deformity	骨膜 Periosteum	關節 Joint		
皮膚病 Skin Disease	神經系統 Neural system	尿：糖 Urine:Sugar	蛋白質 Albumin		
血液檢查 Blood	白血球 W.B.C	赤血球 R.B.C	血色素 Hgb		
梅毒血清反應 V.D.R.L	胸部 X 光(大片) Chest X-Ray		其他 Others		
法定傳染病 Statutory Infectious Diseases		身體障礙 Physical Disability			
精神狀態 Mental State		語言障礙 Language Disability			
菸酒習慣 Habits of Tobacco & Alcohol		其他病症 Other Diseases			

貼 相 片 處	醫師建議事項： Doctor's recommendations 日期：中華民國 年 月 日 Date of examination： / / (西元 A.D. month / day / year) 檢驗醫師（簽名蓋章）：_____ Doctors Signature	檢驗醫院 Hospital （加蓋印信） （Endorsed）

注意事項及檢查標準詳見背面

背面

壹、注意事項

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、教學醫院。

（二）申請檢驗前，應出示身分證。

（三）檢查費由受檢人自行繳納，如發現其他特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構，另行酌收費用。

（四）體格檢查證明書有效期限為一年。

二、檢查醫師注意事項：

（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驗，逐一記載。

（三）檢驗完竣後，由檢驗醫師簽名蓋章，填寫年月日，加蓋檢驗醫師印信，並於相片上加蓋騎縫章。

貳、驗船師體格檢查標準

驗船師之體格檢查，有下列各項之一者，得向雇主提出職務再設計：

（一）言語障礙致影響工作者。

（二）聽力不良致影響工作者。

（三）身體障礙致影響工作者。

（四）不能辨別紅、綠、藍三原色者。

（五）視力在距離五公尺，以萬國視力表測驗，任一眼裸眼視力不及 0.1 或矯正視力未達 0.4 者。

（六）患有其他疾病致影響工作者。