

# 101 年公務人員特種考試國際經濟商務人員考試體格檢查表

入場證編號：\_\_\_\_\_

組別：\_\_\_\_\_

編號：\_\_\_\_\_

（請加蓋檢查醫療機構騎縫章）

【應考人注意事項請詳見背面】

|                                                                                                                                                    |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|----|----|----------|-----------------|---|---|---|--|
| <b>貼相片處</b><br>一年以內 1 吋正<br>面脫帽半身相片                                                                                                                | 姓 名            |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  | 性別 |    | 出生<br>日期 | 民國              | 年 | 月 | 日 |  |
|                                                                                                                                                    | 身 分 證<br>統一編號  |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    | 住址 |          |                 |   |   |   |  |
|                                                                                                                                                    | 病 史<br>(應考人自填) | 1. 住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>2. 病名：_____ |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    | 電話       | 行動：<br>公：<br>宅： |   |   |   |  |
| 1. 視力：左：_____（矯正：_____） 右：_____（矯正：_____）<br><b>【矯正後優眼視力未達 0.1，為體格檢查不合格。】</b>                                                                      |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 2. 聽力：左：_____（矯正：_____） 右：_____（矯正：_____）<br><b>【矯正後優耳聽力損失逾 90 分貝，為體格檢查不合格。】</b>                                                                   |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 3. 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色盲<br><b>【色盲，為體格檢查不合格。】</b>                                                           |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 4. 語言能力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 語障<br><b>【語障，為體格檢查不合格。】</b>                                                          |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | 5. 中、重度肢障： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br><b>【中、重度肢障，為體格檢查不合格。】</b> |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 6. 肺結核胸部 X 光： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常<br><b>【胸部 X 光異常，須做右項檢驗】</b>                                                  |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  | 痰塗片：_____ 痰培養：_____<br><b>【呈陽性反應，為體格檢查不合格。】</b>                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 7. 精神疾病或精神狀態違常： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____<br><b>【經教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常，致不堪勝任職務，為體格檢查不合格。】</b>                      |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 8. 其他重症疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____<br><b>【其他重症疾患無法治癒，致不堪勝任職務，為體格檢查不合格。】</b>                                    |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| <b>檢 查 結 果</b>                                                                                                                                     |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 表列各項均需檢查，不得遺漏，並請注意有無檢查醫師注意事項(詳見背面)第三項各款情形。應考人經本醫療機構辦理體格檢查後，其結果為：                                                                                   |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 合 格：無上開不合格條款所列之疾患。                                                                                                        |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| <input type="checkbox"/> 不合格：有上開第____款之疾患，疾患名稱：_____                                                                                               |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 檢查醫療機構名稱：_____                                                                                                                                     |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 檢查醫師：_____ (簽章)                                                                                                                                    |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| 檢查日期：民國_____年_____月_____日                                                                                                                          |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |
| <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 100%; text-align: center; vertical-align: middle;">           (加蓋醫療機構印信)         </div> |                |                                                                             |  |  |  |  |  |  |  |                                                                                               |  |    |    |          |                 |   |   |   |  |

※請於收到本表後儘速至指定醫療機構辦理體檢，並於 101 年 11 月 14 日前（郵戳為憑）寄回。

通訊地址：□□□□□

姓 名：

應考組別：\_\_\_\_\_組

限時掛號

貼 郵

票 處

11602

臺北市文山區試院路 1-1 號

考選部特種考試司第一科 啟

101 年公務人員特種考試國際經濟商務人員考試試務處

電話：(02) 22369188 分機 3945

編號：

## 應考人體格檢查注意事項

一、應考人之體格檢查，由下列醫療機構辦理之：

- (一)公立醫院。
- (二)教學醫院。
- (三)直轄市及縣(市)衛生局所屬各鄉(鎮、市、區)衛生所。
- (四)中央健康保險局所屬各聯合門診中心。
- (五)全民健康保險特約醫院。

二、檢查費應由應考人自行繳納，檢查時如發現特殊症狀，須經特別檢查時，得由檢查機構另行酌收費用。

三、應考人應於第一試錄取通知送達 14 日內辦理體格檢查，體格檢查表須於 **101 年 11 月 14 日前(郵戳為憑)**以限時掛號寄回考選部特種考試司第一科，寄送體格檢查表前，請自行影印留存備份。體格檢查不合格或未於規定時間內繳交體格檢查表者，不得參加第二試。

四、承辦單位將於收到體格檢查表後，於網路報名系統登錄收件，應考人可自行至網路報名狀態查詢收件情形。

## 檢查醫師注意事項

一、檢查醫師於核對並確認體格檢查表內應考人所填各欄資料無訛及所貼相片與面貌相符後，依表列檢查項目逐一檢查，詳實記載，並於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣。

二、**檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫日期，加蓋檢查醫療機構印信，並於相片上加蓋騎縫章。**

三、依公務人員特種考試國際經濟商務人員考試規則第 7 條規定，應考人有下列情形之一者，為體格檢查不合格：

- (一)視力：矯正後優眼視力未達 0.1。
- (二)聽力：矯正後優耳聽力損失逾 90 分貝。
- (三)辨色力：色盲。
- (四)語障。
- (五)中、重度肢障。
- (六)肺結核痰塗片呈陽性反應。
- (七)經教學醫院證明有精神疾病或精神狀態違常，致不堪勝任職務。
- (八)其他重症疾患，無法治癒，致不堪勝任職務。