

109 年公務人員特種考試民航人員考試飛航管制科別體格檢查表

※注意：1. 本表應於報名時併同報名履歷表繳交，請應考人提早至醫療機構完成體格檢查。  
2. 應考人請先詳閱體格檢查注意事項。

(加蓋檢查機構騎縫章)

最近一年內一寸正面  
脫帽半身相片

貼相片處

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                           |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| 姓 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                              | 性別                                                        | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 身 分 證<br>統 一 編 號                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                              | 出 生<br>日 期                                                | 年 月 日                                                 |
| 通 訊 地 址                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                              | 電 話                                                       | 公：<br>宅：<br>行動：                                       |
| 病 史<br>(應考人自填)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 1. 住院： <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否<br>2. 病 名：_____ |                                                           |                                                       |
| 1. 視 力：遠點裸眼視力：左 (矯正： ) 右 (矯正： )<br>近點裸眼視力：左 (矯正： ) 右 (矯正： )<br>1. 左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之遠距離視力未達一・〇以上，為體格檢查不合格。<br>2. 左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之近距離視力未達〇・五以上，為體格檢查不合格。<br><b>※以上視力各項均須檢查，並請填寫完整。</b>                                                                                                                   |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 2. 辨色力： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 色弱 <input type="checkbox"/> 色盲<br>(色盲或色弱，為體格檢查不合格)                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 3. 聽 力：左 右<br>(優耳聽力損失逾九十分貝，為體格檢查不合格)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 4. 肺結核胸部 X 光： <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 異常                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                              | 【胸部 X 光異常者，續做如下檢驗】<br>痰塗片： 痰培養：<br>(肺結核痰塗片呈陽性反應，為體格檢查不合格) |                                                       |
| 5. 有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____<br>(有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務，為體格檢查不合格。)                                                                                                                                                                                                        |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 6. 其他重症疾患： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：_____<br>(罹患其他無法治癒之重症疾患，致不堪勝任職務，為體格檢查不合格)                                                                                                                                                                                                                  |                                                                              |                                                           |                                                       |
| <p style="text-align: center;"><b>檢 查 結 果</b></p> 依「公務人員特種考試民航人員考試規則」第六條附表三規定，應考人體格檢查，有下列情形之一者，為體格檢查不合格：<br>一、視力：<br>1. 左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之遠距離視力未達一・〇以上。<br>2. 左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之近距離視力未達〇・五以上。<br>二、辨色力：色盲或色弱。<br>三、聽力：優耳聽力損失逾九十分貝。<br>四、肺結核痰塗片呈陽性反應。<br>五、有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務。<br>六、罹患其他無法治癒之重症疾患，致不堪勝任職務。 |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 應考人經本醫療機構辦理體格檢查後，其結果為：<br><input type="checkbox"/> 合 格:無上開不合格條款所列之情形。<br><input type="checkbox"/> 不合格:有上開第_____款之情形，_____                                                                                                                                                                                                   |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 檢查醫療機構名稱：_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 檢查醫師：_____ (簽章)                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                           |                                                       |
| 檢查日期：民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                              |                                                           |                                                       |

(檢查機構加蓋印信)

座號：\_\_\_\_\_

## 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) 衛生福利部中央健康保險署所屬各聯合門診中心。
- (五) 全民健康保險特約醫院。

僑居國外之應考人，得在國外醫療機構辦理體格檢查。但應經外交部或僑居地之中華民國使領館、代表處、辦事處、其他外交部授權機構簽證。

二、應考人有下列情形之一者，為體格檢查不合格：

(一) 視力：

- 1、左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之遠距離視力未達一·〇以上。
- 2、左右眼裸眼或經戴鏡架眼鏡或單焦距、無色隱形眼鏡矯正後之近距離視力未達〇·五以上。

(二) 辨色力：色盲或色弱。

(三) 聽力：優耳聽力損失逾九〇分貝。

(四) 肺結核痰塗片呈陽性反應。

(五) 有客觀事實足認其身心狀況不能執行職務。

(六) 罹患其他無法治癒之重症疾患，致不堪勝任職務。

三、體格檢查表，由考選部定之，其內容應包括應考人個人身分資料、檢查日期、檢查項目、檢查結果、檢查機構、檢查醫師、應考人自填病史等欄。

四、檢查醫師核對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，應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，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。

五、辦理試務機關對應考人體格檢查結果，認有疑義時，由考選部應考資格審議委員會審議決定。審議結果認有複檢必要時，得由考選部指定醫療機構複檢之。

六、體格檢查有效期限為6個月。

七、體格檢查表內所有項目均須有檢查紀錄，選擇醫療機構時請先詢問是否完全提供本考試所需體格檢查項目，若無法完全提供檢查，請逕赴其他健全之醫療機構接受體格檢查。

八、本科別應考人於報名時，應繳交體格檢查表，體格檢查不合格或未依規定期限繳交體格檢查表者，不得應第一試。一般醫療機構體格檢查報告約需相當時間方能完成，請儘早完成體格檢查，以免遲誤繳交期限。

(至遲應於109年06月12日前(郵戳為憑)併同報名表件繳交。)