

編號：

104 年公務人員特種考試關務人員考試體格檢查表

入場證編號：_____ 等別：_____ 科別：_____

(請加蓋檢查醫療機構騎縫章)

【應考人注意事項請詳見背面】

貼相片處 一年以內 1 吋正面脫帽半身相片	姓 名											性別	☐ 男性 ☐ 女性	出生日期	民國	年	月	日
	身 分 證 統一編號											住址						
	病 史 (應考人自填)	1. 住院： ☐ 是 ☐ 否 2. 病名：_____										電話	手機： 公：_____ 宅：_____					
1. 視力：左：_____ (矯正：_____) ； 右：_____ (矯正：_____) 【兩眼矯正視力未達 0.8，為體格檢查不合格。】																		
2. 聽力：左：_____ ； 右：_____ 【優耳聽力損失逾 90 分貝，為體格檢查不合格。】																		
3. 辨色力： ☐ 正常 ☐ 色盲 ☐ 色弱 【色盲或色弱，為體格檢查不合格。】																		
4. 肺結核胸部 X 光： ☐ 正常 ☐ 異常 【胸部 X 光異常，須做右項檢驗】											痰塗片： 痰培養： 【呈陽性反應者，為體格檢查不合格】							
檢 查 醫 師 注 意 事 項 一、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。 二、檢查完竣後，由檢查醫師簽名蓋章，填寫日期，並加蓋檢查醫療機構印信，相片另請蓋印騎縫章。 三、依公務人員特種考試關務人員考試規則第 6 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：兩眼矯正視力未達 0.8。 (二)聽力：優耳聽力損失逾 90 分貝。 (三)辨色力：色盲或色弱。 (四)肺結核痰塗片呈陽性反應。																		
檢 查 結 果 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： ☐ 合 格：無上開不合格條款所列之疾患。 ☐ 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 104 年 _____ 月 _____ 日 (加蓋醫療機構印信)																		

※收到本表後請儘速至指定醫療機構辦理體檢，並於 104 年 6 月 25 日 (郵戳為憑) 前寄回。

請填妥下列項目貼足郵票對折黏妥郵寄

通訊地址：□□□□□

姓 名：

等 別：

科 別：

限時掛號

正 貼
郵 票

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

104 年公務人員特種考試關務人員考試試務處

電話：(02) 22369188 分機 3743

傳真：(02) 22363223

編號：

應考人體格檢查注意事項

一、應考人之體格檢查應至下列醫療機構辦理：

(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。

※選擇醫療機構時，應詢問是否提供本體格檢查表所列各檢查項目，若無法提供完整檢查，請另至其他醫療機構辦理體格檢查，惟辦理體格檢查之醫療機構不包括診所。

二、完成體格檢查後，請自行檢查下列各項是否均完成，倘有遺漏者，應立即請醫療機構人員補正。體格表內各檢查項目均須勾填，不得遺漏：

(一)相片是否黏妥並加蓋醫療機構騎縫章。

(二)檢查日期、檢查項目(不可有「未檢查」字樣或空白)、檢查結果欄(醫師須於檢查結果欄內評定「合格」或「不合格」字樣)是否均已填註。

(三)檢查機構、檢查醫師是否簽名蓋章及加蓋所屬醫療機構印信。

(四)肺結核胸部 X 光異常者，須續作痰塗片或痰培養檢驗。懷孕未能做胸部 X 光檢查者(須檢附媽媽手冊)，請逕作痰塗片檢查。

三、應考人應於筆試錄取通知送達之日起 14 日內，至指定醫療機構辦理體格檢查。體格檢查表須於 **104 年 6 月 25 日前(郵戳為憑)** 以限時掛號寄回考選部特種考試司第一科，體格檢查不合格或未於規定時間內繳交體格檢查表者，不予分配訓練。寄送體格檢查表前，請自行影印留存備份。

四、本部收到體格檢查表後，將於在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。