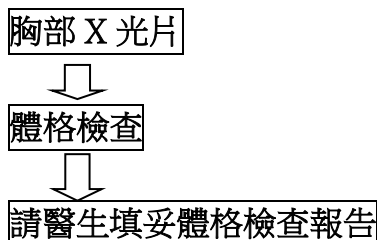


長者書院(澳門校區)新生入學體格檢查指引

1. 新生需於 **2025 年 09 月 05 日前**向長者書院遞交體格檢查報告，以便證明學生之身體狀況適宜入學。

2. 辦理體格檢查

2.1 程序如下：



2.2 流程說明：

✓ **方法一**：澳門政府註冊診所 / 註冊私人執業醫生

學員可到澳門政府註冊的診所、私人執業醫生或醫療中心進行胸部 X 光片及體格檢查。

或

✓ **方法二**：澳門私家醫院

學員可到澳門的私家醫院如：鏡湖醫院、科大醫院、銀葵醫院，進行胸部 X 光片及體格檢查。

或

✓ **方法三**：衛生局

1. 首先到位於衛生局結核病防治中心（地址：澳門得勝馬路 40 號。近隧道口、二龍喉方向、交通部後面，衛生局結核病防治中心電話：**2853 2196**），預約免費胸部 X 光片檢查。

2. 檢查後，憑領取報告的收條，前往居住區域之**衛生中心**進行預約身體檢查。

3. 領取報告後，根據體檢預約日期，帶備 X 光片報告及所需資料到居住區域的**衛生中心**作體格檢查。

3. 前往體檢時，學生必須帶備以下資料：

- 身份證
- 近照一張
- 長者書院—入學體格檢查報告
- 預防破傷風疫苗接種記錄（俗稱針簿）

4. 體格檢查報告經醫生簽署及蓋章後，需連同預防破傷風注射咭（俗稱針簿）正本及影印本或“澳門特區防疫接種計劃-個人接種手冊”的列印本遞交到長者書院澳門校區 **A104 室**。

如有對上述安排有任何疑問，可致電 **85996618** 與長者書院澳門校區職員聯絡。



長者書院 - 入學體格檢查報告
RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO (ACS)

個人資料 Dados Pessoais

學號 Número de estudante A -

姓名(中文) Nome (em chinês) _____

姓名(外文) Nome (português) _____

性別 Sexo ☐ 男 Masculino

出生日期 Data de Nascimento _____

☐ 女 Feminino

(日/月/年) (dd/mm/yyyy)

住址 Endereço _____

電話 Telefone _____

發生緊急事故時之聯絡人姓名: _____ 電話: _____

Pessoa a contactar em caso de emergência:

Telefone:

吋半近照

1.5" Foto

第一部份 PRIMEIRA PARTE (由學生填寫 preenchendo pelo candidato)

(請在適當的方格“□”以“✓”表示 Por favor, marcar o que interessar no quadrado com “✓”)

1. 您或您的家人曾否患有以下疾病？

Você ou alguém da sua família sofreu alguma doença grave ?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1.1 肺結核 Tuberculose pulmonar | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.2 肝炎 Hepatite | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.3 糖尿病 Diabetes | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.4 精神病 Psicose | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.5 癲癇症 Epilepsia | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.6 昏厥 Desmaio | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.7 先天性心臟病
Cardiopatia congênita | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |
| 1.8 腎炎 Nefrite | ☐ 否 Não |
| | ☐ 有 Sim, 本人 Eu / 親屬 Familiares (請註明關係 especifique) _____ |

2. 您是否患有先天性/遺傳性疾病？

Você sofre doenças congénitas/hereditária? .

☐ 否 Não

☐ 有 (請註明疾病名稱) Sim (Em caso afirmativo, especifique) _____

3. 請註明最近一次注射破傷風針的日期。

Você já fez a vacina anti-tetânica? Caso afirmativo, indica a data de última vez e anexar a respectiva fotocópia do boletim de vacinação.

本人在註冊醫生前簽署並謹聲明上述填寫內容全部屬實。

Assino em frente do médico e declaro que as informações prestadas neste impresso são verdadeiras.

學生簽名 Assinatura do candidato / 日期 / Data

第二部份 SEGUNDA PARTE (由醫生填寫 preenchendo pelo médico)

1. 身 高 Altura _____ 3. 血 壓 Pressão _____
2. 體 重 Peso _____ 4. 心 率 Frequência da coração _____
5. 視力 Visão
- 接受矯正前 Sem correcção 右眼 Olho direito _____ 左眼 Olho esquerdo _____
- 接受矯正後 Com correcção 右眼 Olho direito _____ 左眼 Olho esquerdo _____
- 顏色觸覺 Sentido cromático ☐ 正常 Normal ☐ 異常 (請註明) Anormal (especifique) _____
6. 胸部 X 光片報告 (三個月內有效)
- Relatório da micro-radiografia torácica (Prazo válido durante três meses)
- ☐ 正常 Normal
- ☐ 異常 (請註明) Anormal (especifique) _____

第三部份 TERCEIRA PARTE (由醫生填寫 preenchendo pelo médico)

醫生備註 Observação do médico

本人已對上述學生進行體檢，並聲明該生 Certifico que nesta data examinei o candidato em referência e declaro que :

☐ 適合 está em condições

☐ 不適合 não está em condições

就讀澳門理工大學長者書院課程 para prosseguir os estudos da ACS no Instituto Politécnico de Macau.

醫生簽署

Assinatura do médico

衛生中心、醫院或診所蓋章

Carimbo do Centro de Saúde, Hospital ou Consultório privado

日 期 Data _____

醫
生
Médico

醫生姓名

Nome completo do médico _____

醫生執照號碼

Nº da Licença do médico _____

診所地址 Endereço _____

電 話 Telefone _____

長者書院專用 Uso exclusivo da ACS

收件人簽名及日期

Assinatura do Receptor e Data _____