



澳門理工大學
Universidade Politécnica de Macau
Macao Polytechnic University

入學體格檢查報告

RELATÓRIO DE EXAME MÉDICO

機密
CONFIDENCIAL

課程 | CURSO: _____

學號 | N.º ALUNO: P- _____

個人資料 | INFORMAÇÃO PESSOAL

證件類別 |

TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

證件編號 |

N.º DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

姓名[中] | NOME[CHINÊS]

姓名[外] | NOME[LÍNGUA ESTRANGEIRA]

性別 | SEXO

出生日期 | DATA DE NASCIMENTO

聯絡電話 | TELEFONE

聯絡電郵 | EMAIL

緊急聯絡人及電話 | CONTACTO DE EMERGÊNCIA E TELEFONE

近照

FOTO

第一部份 | PARTE I [由學生填寫 | A PREENCHER PELO ALUNO]

1. 台端或家人曾否患有以下疾病/身體機能障礙？如有，請註明與台端的關係。

O senhor/a senhora ou membro da sua família já teve as seguintes doenças / disfunção física? Em caso afirmativo, por favor, indique o grau de parentesco.

- 1.1. 肺結核 | Tuberculose pulmonar ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU)
- 1.2. 肝炎 | Hepatite ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU)
- 1.3. 糖尿病 | Diabetes ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.4. 精神病 | Doença mental ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.5. 癲癇症 | Epilepsia ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.6. 昏厥 | Desmaio ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.7. 先天性心臟病 | Cardiopatia congénita ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.8. 腎炎 | Nefrite ☐ 否 | NÃO ☐ 有 | SIM : (☐ 本人 | EU) ☐ 家人 | FAMILIARES : _____)
- 1.9. 先天性 / 遺傳性 / 具傳染性疾病 | doença (congénitas / hereditária / transmissíveis)
☐ 否 | NÃO ☐ 有 (請註明) | SIM (indique) : _____
- 1.10. 肢體 / 視覺 / 聽覺 / 語言等身體機能障礙 | deficiência física (motora / visual / auditiva / verbal)
☐ 否 | NÃO ☐ 有 (請註明) | SIM (indique) : _____

2. 台端請註明下列疫苗接種日期，並須提交相關疫苗記錄。（日期格式：日/月/年）

Por favor, indique as datas de administração das seguintes vacinas e apresente os respetivos comprovativos de vacinação. (Formato de data: DD/MM/AAAA)

含麻疹疫苗 | Vacina anti-sarampo (1) _____ (2) _____

含德國麻疹(風疹)疫苗 | Vacina anti-rubéola (1) _____

含破傷風疫苗 | Vacina anti-tétano (1) _____ (2) _____ (3) _____

(最後一劑須在最近10年接種 | A última dose deve ter sido administrada nos últimos 10 anos)

含白喉、百日咳疫苗 | Vacina anti-difteria e anti-tosse convulsa (1) _____

乙型肝炎疫苗 | Vacina anti-hepatite B (適用於入讀護理學、檢驗技術、藥劑技術、言語語言治療領域的學位/深造文憑課程的同學 |

Aplicável aos alunos inscritos em cursos de licenciatura ou pós-graduação nas áreas de enfermagem, técnicas de análises, técnicas farmacêutica e ciências de terapia da fala e da linguagem)

(1) _____ (2) _____ (3) _____

含脊髓灰質炎疫苗 | Vacina anti-poliomielite (僅適用於來自巴基斯坦和阿富汗的人士 | Apenas é aplicável aos alunos provenientes do Paquistão e Afeganistão)

(1) _____ (2) _____ (3) _____ (4) _____

本人在註冊醫生前簽署並聲明上述填寫內容全部屬實。 Declaro, perante o médico registado, e assino, confirmando que todas as informações preenchidas neste formulário são verdadeiras.

學生簽署 | ASSINATURA DO CANDIDATO _____

日期 | DATA _____

醫生簽署 | ASSINATURA DO MÉDICO _____

日期 | DATA _____

招生註冊處專用
USO EXCLUSIVO DO DAMIA登記人簽名及日期：
Assinatura do registante e data:

證件編號 | N.º DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

第二部份 | PARTE II

[由醫生填寫 | A SER PREENCHIDA PELO MÉDICO]

1. 身高 | Altura _____
2. 體重 | Peso _____
3. 血壓 | Pressão _____
4. 心率 | Frequência da coração _____

5. 視力 | Visão

接受矯正前 | Sem correcção

左眼 | Olho esquerdo _____

右眼 | Olho direito _____

接受矯正後 | Com correcção

左眼 | Olho esquerdo _____

右眼 | Olho direito _____

顏色觸覺 | Visão cromática

☐ 正常 | Normal☐ 異常 (請註明情況) | Deficiente (especifique) : _____

6. 尿常規 (含蛋白或糖份) | Urina (Há presença de albumina ou açúcar)

☐ 正常 | Normal☐ 異常 (請註明情況) | Com valores anormais (especifique) : _____

7. 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 | Com valores anormais

如異常，請註明是否具傳染性及傳播途徑：

Se é com valores anormais, especifique se é contagioso: _____

8. 血液檢驗 (僅適用於入讀以下領域的學位/深造文憑課程的

學生：護理學、檢驗技術、藥劑技術、言語語言治療)

Análises ao Sangue (aplicável aos alunos inscritos em cursos de licenciatura ou pós-graduação nas áreas de enfermagem, técnicas de análises, técnicas farmacêuticas e ciências de terapia da fala e da linguagem)

- 8.1. 血常規 | Rotina de sangue

☐ 正常 | Normal☐ 異常 | Com valores anormais

如異常，請註明是否具傳染性及傳播途徑：

Se é com valores anormais, especifique se é contagioso: _____

- 8.2. 乙型肝炎表面抗原 | Anticorpo contra hepatite B (HBsAg)

☐ 正常 | Normal☐ 異常 | Com valores anormais

如異常，請註明是否具傳染性及傳播途徑：

Se é com valores anormais, especifique se é contagioso: _____

- 8.3. 丙型肝炎抗體 | Anticorpo da hepatite C (Anti-HCV)

☐ 正常 | Normal☐ 異常 | Com valores anormais

如異常，請註明是否具傳染性及傳播途徑：

Se é com valores anormais, especifique se é contagioso: _____

9. 醫生備註 | Observação do medico

本人已對此報告所述學生進行體檢，在此確認此報告內容全部屬實，
Certifico que as informações constantes neste relatório são verdadeiras e tendo examinado

且此學生

o aluno

certifico que o mesmo

(姓名)

(nome),

☐ 適合 | está fisicamente habilitado ☐ 不適合 | não está fisicamente habilitado

就讀其所申請報讀澳門理工大學的課程。

para frequentar o curso da Universidade Politécnica da Macau.

醫生簽署

Assinatura do médico

日期

Data

醫生姓名 | Nome completo do médico

診所地址 | Endereço

醫生執照號碼 | No. licença do médico

電話 | Tel.

衛生中心、醫院或西醫診所

蓋章

Carimbo de Centro de Saúde, Hospital ou
Consultório privado

學生必須於入學登記時遞交此報告正本，沒有醫生簽署及衛生中心/醫院/西醫診所蓋章之報告表均視為無效。

O aluno deverá submeter a versão original deste relatório de exame médico com assinatura do médico e carimbo do hospital ou do centro de saúde. Caso contrário, o relatório será considerado inválido.