

中南美洲聖經學院

Alliance Bible School of Central and South America

健康資料表

Health History Form

申請人姓名

Name of Applicant: _____

Last Name (Surname)

First Name (Given Name)

In Chinese 中文姓名

1. Does the applicant have or have had any of the following? 申請人是否有以下的症狀?

- | | | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| Tuberculosis 肺結核 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 | Nervous Breakdown 精神衰弱 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 |
| Heart Trouble 心臟病 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 | Fainting Spells 不省人事 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 |
| Diabetes 糖尿病 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 | Convulsion 痙攣、抽筋 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 |
| Epilepsy 癲癇症 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 | Paralysis 中風 | <input type="checkbox"/> Yes 有 | <input type="checkbox"/> No 沒有 |
| Abnormal Blood Pressure 不正常的血壓 | | | | | <input type="checkbox"/> Yes 有 <input type="checkbox"/> No 沒有 |

Immunization, what kind? 是否有預防注射? 那一種? _____

2. Has he/she ever received treatment or has treatment been recommended by a physician for physical or emotional condition? 他/她曾否接受醫生的身體或心理的治療, 或醫生建議他/她去接受治療?

3. Any continuing health problem? 是否有持續的健康問題? Yes 有 No 沒有

4. Does the applicant have any other disability which affects class attendance and participation (such as vision, hearing, or walking disability)? 申請人是否會防礙上課或參與學校活動的其他殘障問題? (例如: 視力或行動不便等等) Yes 有 No 沒有

5. Remarks _____

醫生簽名

Physician's Signature: _____

日期

Date _____

醫生姓名

Name of Physician: _____

中文姓名

In Chinese (if applicable) _____

醫生的地址

Address of Physician: _____