



課程|CURSO : \_\_\_\_\_

學號|NO. ALUNO : \_\_\_\_\_

個人資料|INFORMAÇÃO PESSOAL

證件類別 TIPO DO DOC. ID.	姓名[中] NOME[CHINÊS]
證件編號 NO. DOC. ID.	姓名[外] NOME[OUTRA LINGUA]
出生日期 DATA DE NASCIMENTO	聯絡電話 TEL
性別 SEXO	聯絡電郵 EMAIL
緊急聯絡人 CONTACTO DE EMERGÊNCIA	緊急聯絡人電話 TEL. DE CONTACTO DE EMERGÊNCIA

吋半近照  
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？如有，請註明與台端的關係。

Você ou alguém da sua família já teve as seguintes doenças? Se afirmativa, 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|Psicose  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: \_\_\_\_\_

2. 台端是否患有先天性/遺傳性疾病？  
Sofre doenças cogénitas/hereditária?  否|Não  是(請註明)  
SIM (Indique)

3. 台端是否已按《澳門特別行政區防疫接種計劃》的規定適當接種疫苗(新生入學體格檢查指引所列之疫苗項目)？  
Possui as vacinas definidas nas Orientações para o Exame Médico e de acordo com o Programa de Vacinação da RAEM?

是|SIM  否|Não

本人在註冊醫生前簽署並聲明上述填寫內容全部屬實。

Assino perante o médico e declaro que as informações prestadas neste impresso são verdadeiras.

學生簽署|ASSINATURA DO CANDIDATO \_\_\_\_\_ 日期|DATA \_\_\_\_\_

醫生簽署|ASSINATURA DO MÉDICO \_\_\_\_\_ 日期|DATA \_\_\_\_\_

## 第二部份 | PARTE II

[ 由醫生填寫 | A PREENCHER 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 (含蛋白或糖粉) | 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 (僅適用於報讀以下領域的學位 / 深造文憑課程的  
考生：護理學、檢驗技術、藥劑技術、言語語言治療)

Análises ao Sangue (só aplicável aos candidatos aos cursos de licenciatura ou de pós-graduação nas seguintes áreas: enfermagem, técnicas de análises, técnicas farmacêuticas, 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 médico

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 (姓名)  
o aluno \_\_\_\_\_ (nome), certifico que o mesmo

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

就讀其所申請報讀的課程。

para frequentar o curso da Universidade Politécnica de 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 do 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.