

INTERNATIONAL BUDDHIST COLLEGE (THAILAND)

国际佛教大学(泰国)

Tel. No.: +66-74-536202, +66-74-536203; Website: <http://ibc.ac.th>

MEDICAL REPORT (医药报告)

Applicant's Name 申请者姓名: _____

Chest x-ray (CXR) 胸部 X 光

Urinalysis 尿液检查

Glucose 糖份	Albumin 白蛋白	Specific gravity 比重

Blood Test 血液检查

Blood Group/血型	Rh factor/Rh 因子	
HIV/HIV 血清	<input type="checkbox"/> Positive 阳性	<input type="checkbox"/> Negative 阴性
Hepatitis B/B 型肝炎	<input type="checkbox"/> Positive 阳性	<input type="checkbox"/> Negative 阴性

Others (*indicated*) 其它 (请列明)

CERTIFIED MEDICAL REPORT 医生检查报告

Height 高度 _____ cm 公分 Weight 体重 _____ kg 公斤

Blood Pressure 血压 _____ / _____ mmHg

Pulse 脉搏 _____ rate per minute 每分钟次数

Heart 心脏

Lung 肺部

Physical Examination 全身检查

Applicant's RECENT and PAST Medical Report 申请者目前及过去医药报告

DOCTOR'S PARTICULARS 医生资料

Name 姓名: _____ Contact No. 联络号码: _____

Signature 签名: _____

Date 日期: _____

Official Stamp 印章