



CONFIDENTIAL PHYSICAL HEALTH RELEASE FORM

身體健康狀況證明書 (機密)

The individual submitting this medical information form is applying for involvement overseas with Youth With A Mission Harbour City, Hong Kong. The program in which they wish to participate requires good physical health and endurance. 提交此醫療授權書的人正在向香港港城青年使命團申請參與海外活動。他們將會參與的計劃要求良好的體力和耐力。

HEIGHT 身高 _____ WEIGHT 體重 _____ OVERWEIGHT 超重 _____ UNDERWEIGHT 過輕 _____

BLOOD PRESSURE 血壓 _____ COLOR PERCEPTION 顏色認知 _____

Are there any abnormalities of the following systems? Please describe fully.

以下身體部位是否有任何異常狀況？請完整描述。

	YES 有	NO 沒有
Head, Ears, Nose & Throat 頭及耳鼻喉		
Eyes 眼睛		
Teeth 牙齒		
Neuro Psychiatric 腦神經/精神病學		
Cardiovascular 心血管		
Respiratory 呼吸系統		
Back and Spine 背部及脊柱		
Hernia 小腸氣		
Musculoskeletal 肌肉及骨骼		
Endocrine 內分泌		
Lymphatic 淋巴		
Skin 皮膚		
Pelvic 盆骨		

Does the applicant have good physical endurance and stamina? 申請人是否具有良好的體力和耐力？

Yes 是 _____ No 否 _____ If No, please explain 如果否，請說明



香港港城青年使命團
YOUTH WITH A MISSION HARBOUR CITY

Is the applicant able to easily walk 3-4 miles (5-6km) a day? 申請人能夠每天輕鬆步行 3-4 英里 (5-6 公里) 嗎?

Yes 是 _____ No 否 _____ If No, please explain 如果否，請說明 _____

RECOMMENDATION 建議

___ ACCEPTABLE WITHOUT LIMITATIONS 可接受，沒有限制

___ ACCEPTABLE WITH LIMITATIONS 可接受，但有限制 (Specify 請具體說明) _____

___ NOT ACCEPTABLE 不能接受

___ Should remain in areas where adequate medical care is provided. 應留在有完善醫療系統的区域。

Other comments 其他建議

CONTACT INFORMATION 聯絡資料

Physician's name (please print) 醫生姓名 (正楷) _____

Email 電郵 _____ Phone 電話 _____

SIGNATURE 簽名

Physician 醫生

Date 日期

RETURN 交回表格

Please scan the completed form and email to:
請掃描已完成填寫的表格並電郵發送至：

trainingadm@ywamharbourcity.org

