

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day - Month - Year		照 片 (加盖检查 单位印章) Photo (stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address						
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place			血型 Blood type	

过去是否患有下列疾病:(每项后面请回答“否”或“是”)

Have you ever had any of the following diseases?

(Each item must be answered “yes” or “No”)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| 班 疹 伤 寒 Typhus fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 菌 痢 Bacillary dysentery | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 布 氏 杆 菌 病 Brucellosis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 白 喉 Diphtheria | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 猩 红 热 Scarlet fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 产 褥 期 链 球 菌 感 染 Puerperal streptococcus infection | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 回 归 热 Relapsing fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 菌 感 染 | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |
| 流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎 Epidemic cerebrospinal meningitis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | | |

是否患有下列危及公共秩序和安全的病症:(每项后面请回答“否”或“是”)

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?

(Each item must be answered “yes” or “No”)

- | | |
|--|--|
| 毒 物 癮 Toxicomania | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 精 神 错 乱 Mental confusion | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 精 神 病 Psychosis: 躁 狂 型 Manic Psychosis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 妄 想 型 Paranoid psychosis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 幻 觉 型 Hallucinatory psychosis | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |

身高 Height	厘米 CM	体重 Weight	公斤 kg	血压 Blood pressure	毫米汞柱 mmHg
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck	
视力 Vision	左 L _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision	左 L _____ 右 R _____	眼 Eyes	
辨色力 Colour senses		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes	
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils	
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen	

脊 柱 Spine		四 肢 Extremities		神经系统 Nervous system									
其它所见 Other abnormal findings													
胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X - ray exam (attached chest X - ray report)		心电图 ECG											
化实验室检查 (包括艾滋病、梅毒等血清学检查) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)													
<p style="text-align: center;">未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： None of the following diseases of disorders found during the present examination.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">霍 乱 Cholera</td> <td style="width: 50%;">性 病 Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>肺结核 Lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠 疫 Plague</td> <td>艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻 风 Leprosy</td> <td>精神病 Psychosis</td> </tr> </table>						霍 乱 Cholera	性 病 Venereal Disease	黄热病 Yellow fever	肺结核 Lung tuberculosis	鼠 疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻 风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍 乱 Cholera	性 病 Venereal Disease												
黄热病 Yellow fever	肺结核 Lung tuberculosis												
鼠 疫 Plague	艾滋病 AIDS												
麻 风 Leprosy	精神病 Psychosis												
意 见 Suggestion 医师签字 Signature of physician	检查单位盖章 Official Stamp 日期 Date												