

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						血型 Blood type
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place				
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	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<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	
白 喉 Diphtheria	<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	
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					
回 归 热 Relapsing fever	<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 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	<div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 检查单位盖章 Official Stamp </div> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 日期 Date </div>											
医 师 签 字 Signature of physician												