

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Date of birth	年 Y	月 M	日 D	照 片 photo
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood Type	
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth					
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”)						
斑 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	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<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					
过去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 mmHg	
发 育 情 况 Development	营 养 情 况 Nourishment		颈 部 Neck			
视 力 左 L Vision 右 R	矫 正 视 力 左 L Corrected vision 右 R		眼 Eyes			
辨 色 力 Colour sense	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 Chest X – ray exam.		心电图 ECG									
化验室检查 (包括艾滋病、 梅毒血清学诊断) Laboratory exam. (HIV, Syphilis serodiagnosis)											
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 or disorders found during the present examination: <table border="0" data-bbox="227 1176 1380 1344"><tr><td><input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera</td><td><input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever</td><td><input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague</td><td><input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy</td><td><input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis</td></tr></table>				<input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease	<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS	<input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis
<input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease										
<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis										
<input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS										
<input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis										
意见 Suggestion	检查单位盖章 Official stamp 日期 Date										
医师签字 Signature of physician	日期 Date										