

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 Birthday		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 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 disease? (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 Puerperal streptococcus infection				
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
伤寒和副伤寒		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			
是否患有以下危及公共秩序和安全的病症：(每项后请回答“否”或“是”) Do you have any of the following disease endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)						
毒物瘾		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:		躁狂症 Manic psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
		妄想症 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
		幻觉症 Hallucinatory	<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 Color 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																	
其他所见 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 ECC																	
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：</p> <p style="text-align: center;">None of the following disease of disorders found during the present examination.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">霍乱</td> <td style="width: 30%;">Cholera</td> <td style="width: 20%;">性病</td> <td style="width: 30%;">Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病</td> <td>Yellow fever</td> <td>肺结核</td> <td>Lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫</td> <td>Plague</td> <td>艾滋病</td> <td>AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风</td> <td>Leprosy</td> <td>精神病</td> <td>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		检查单位盖章 Official Stamp 日期 Date																	
医师签字 Signature of physician		日期 Date																	