外 国 人 体 格 检 查 表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名		性别	□男 Male	出生日期					
Name		Sex	口女 Female	Birthday		照片			
现在通讯地	hit-					(加盖检查单位印			
Present mailing a						章)			
Tresent maning a	duress					Photo			
国籍或地区		出生地		血型		(Stamped Official			
Nationality (or						Stamp)			
Area)		Birth place		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 Ty	phus fever	□No	□Yes 菌	痢 Baci	llary dysentery	□No □Yes			
小儿麻痹症 Pc	□No	□Yes 布氏	杆菌病 Brud	cellosis	□No □Yes				
白 喉 Di	□No	□Yes 病毒	性肝炎 Vira	hepatitis \square No \square Yes					
猩 红 热 Sc	□No				cus infection				
回 归 热 Re	elapsing fev	ver □No	□Yes 菌	感 染		□No □Yes			
伤寒和副		Typhoid and paratyphoid fever			□No □Yes				
流行性脑脊		Epidemic cer	□No □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	Toxicom	ania		□No	□Yes				
精神错乱		Mental c	onfusion		□No	□Yes			
精神病	Psychosis	s: 躁狂症	Manic psycho	osis	□No	□Yes			
2		妄想症	Paranoid psy	chosis	□No	□Yes			
		幻觉症	Hallucinatory	I	□No	□Yes			
身高	厘	米 体重		公斤	血压	毫米汞柱			
Height	C	M Weigh	t	Kg	Blood pressure	e mmHg			
发育情况	营养情			颈部					
Development	Nouris	hment		Neck					
视力 左 L_	_ 矫正初	見力 き	Ē. L	眼					
Vision 右 R		Correc	Corrected vision 右 R						
辨色力		皮肤			淋巴结	淋巴结			
Color sense	Skin			Lymph nodes	Lymph nodes				
耳		鼻			扁桃体				
Ears		Nose			Tonsils				
心		肺			腹部				
Heart	Lungs			Abdomen					

脊柱		四肢		神经系统	
Spine		Extremities		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.)					
None of		患有下列检疫传染 ng disease of disor		长健康的疾病: ng the present examination.	
		Cholera	性病	Venereal Disease	
	黄热病 \	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis	
	鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS	
	麻风 I	Leprosy	精神病	Psychosis	
意见				检查单位盖章	
Suggestion				Official Stamp	
医师签字				日期	
Signature of physician		Date			