

## 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“是”或“否”）

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 Searle fever                           | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 产褥期链球菌 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 diseases endangering the public order and security?

(Each item must be answered "Yes" or "No")

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| 毒物瘾 Toxic mania.....                   |  |  | <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	厘米	体重	公斤	血压	毫米汞柱
Height	CM	Weight	kg	Blood pressure	mmHg
发育情况		营养情况		颈部	
Development		Nourishment		Neck	
视力	左 L	矫正视力	左 L	眼	
Vision	右 R	Corrected vision	右 R	Eyes	
辨色力		皮肤		淋巴结	
Color sense		Skin		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 (包括爱滋病、梅毒等血清					

<p>学检查)</p> <p>Laboratory exam</p> <p>(Attached test report of AIDS, Syphilis etc.)</p>									
<p>未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病:</p> <p>None of the following diseases of disorders found during the present examination:</p> <table data-bbox="399 627 1197 896"> <tr> <td>霍乱 Cholera</td> <td>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>爱滋病 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	爱滋病 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	爱滋病 AIDS								
麻风 Leprosy	精神病 Psychosis								
<p>意见</p> <p>Suggestion</p>  <p>医师签字</p> <p>Signature of physician</p>	<p>检查单位盖章</p> <p>Official Stamp</p>  <p>日期</p> <p>Date:</p>								