

## 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")							
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	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	Bacterial infection	<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
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	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			
Colour senses		Skin		Lymph nodes			
耳		鼻		扁桃体			
Ears		Nose		Tonsils			
心		肺		腹部			
Heart		Lungs		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 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)													
<p>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> <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>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		检查单位盖章 Official Stamp											
医师签字 Signature of physician		日期 Date											