

外国人 体格 检查 表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	☐ 男 Male ☐ 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year		照片 (加盖检查单位印章)
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				Photo (Stamped Official Stamp)
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	☐ No ☐ Yes	菌 痢	Bacillary dysentery	☐ No ☐ Yes	
小 儿 麻 痹 症	Poliomyelitis	☐ No ☐ Yes	布 氏 杆 菌 病	Brucellosis	☐ No ☐ Yes	
白 喉	Diphtheria	☐ No ☐ Yes	病 毒 性 肝 炎	Viral hepatitis	☐ No ☐ Yes	
猩 红 热	Scarlet fever	☐ No ☐ Yes	产 褥 期 链 球	Puerperal streptococcus		
回 归 热	Relapsing fever	☐ No ☐ Yes		infection	☐ No ☐ Yes	
			菌 感 染		☐ No ☐ Yes	
伤 寒 和 付 伤 寒	Typhoid and paratyphoid fever	☐ No ☐ Yes				
流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	Epidemic cerebrospinal meningitis	☐ No ☐ 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.....	☐ No ☐ Yes				
精神错乱	Mental confusion.....	☐ No ☐ Yes				
精 神 病	躁狂型 Manic Psychosis.....	☐ No ☐ Yes				
Psychosis	妄想型 Paranoid Psychosis.....	☐ No ☐ Yes				
	幻觉型 Hallucinatory Psychosis.....	☐ No ☐ 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		矫正视力 Corrected Vision		眼 Eyes		
左 L_____		左 L_____				
右 R_____		右 R_____				
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 ECG		
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.)					
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. 霍乱Cholera 黄热病Yellow fever 鼠疫Plague 麻风Leprosy 性病Venereal Disease 肺结核Lung tuberculosis 艾滋病AIDS 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		