

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																																
<p>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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 20%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链球 Puerperal streptococcus infection</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							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	<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		
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	<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																																	
<p>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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">毒物瘾 Toxicomania</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							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													
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 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 Colour senses		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 border="0"> <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												