

# 外国人体格检查记录

## Physical Examination Record for Foreigner

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  Photo
现在通讯地址 Present Mailing Address					血 型 Blood type	
国 籍 Nationality		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	产褥期链球菌感染			
回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	Puerperal streptococcus infection		<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 disorders endangering the public order and security?*

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

毒 物 癮	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	体重 Weight	血压 Blood pressure
cm	kg	mmHg
发育情况 Development	营养情况 Nourishment	颈部 Neck
视力 左 L Vision 右 R	矫正视力 左 L Corrected vision 右 R	眼 Eyes
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																								
其它所见 Other abnormal findings																										
胸部 X 线 检查 Chest X-ray Exam.		心 电 图  E C G																								
化验室检查 包括血清学诊断 Laboratory Exam. (Serodiagnosis)																										
<p>是否发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病：</p> <p><i>Do you have any of the following diseases or disorders found during the present examination?</i></p> <p><i>(Each item must be answered "Yes" or "No" )</i></p> <table border="0"> <tr> <td>霍 乱</td><td>Cholera</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>性 病</td><td>Venereal Disease</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>黄 热 病</td><td>Yellow fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>开放性肺结核</td><td>Opening lung tuberculosis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>鼠 疫</td><td>Plague</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>艾 滋 病</td><td>AIDS</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>麻 风</td><td>Leprosy</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td>精 神 病</td><td>Psychosis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>			霍 乱	Cholera	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	性 病	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	黄 热 病	Yellow fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	开放性肺结核	Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	鼠 疫	Plague	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	艾 滋 病	AIDS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	麻 风	Leprosy	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精 神 病	Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
霍 乱	Cholera	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	性 病	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																					
黄 热 病	Yellow fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	开放性肺结核	Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																					
鼠 疫	Plague	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	艾 滋 病	AIDS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																					
麻 风	Leprosy	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精 神 病	Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																					
意见 Suggestion		检查单位盖章 Official Stamp																								
医师签字 Signature of Physician		日期 Date																								