外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名	性别 🕻	】男 Male	出生日期	年	月	日			
Name	Sex [」女 Female	Date of birth	Y	M	D	馬	Ä.	
现在通讯地址 血型					片				
Present mailing address						Blood	71		
国 籍 出生地址 Type						photo			
Nationality	Place of birth								
过去是否患有下列疾病: (每项后面请回答"否"或"是")									
因 宏 定 自 思 有 下 列 沃 枫 : (母 坝									
 斑疹伤寒 Typhus feve	r	□ No □ Y	es 菌 塀	में Rad	oillory /	dysentery	□ No	☐ Yes	
小儿麻痹症 Poliomyeliti					icellosi		□ No	☐ Yes	
白 喉 Diphtheria					al hepa		□ No	☐ Yes	
猩 红 热 Scarlet fever	ſ	□ No □ Y	es 产褥期旬		-		□ N-	□ V	
回 归 热 Relapsing fe	ever	□ No □ Y	es Puerperal st	erperal streptococcus infection			□ No	☐ Yes	
伤寒和付伤寒		□ No □ Y	流行性月 es	脑脊髓	髄 膜	炎	□ No	☐ Yes	
Typhoid and paratyphoid fev	yphoid and paratyphoid fever Epidemic cerebrospinal meningitis				eningitis				
过去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 confusi	on						□ No	☐ Yes	
精 神 病 Psychosis:	躁	狂型 Man	ic psychosis				□ No	☐ Yes	
妄 想 型 Paranoid psychosis						□ No	☐ Yes		
	幻	觉型 Hall	ucinatory psychosis	S			□ No	☐ Yes	
身高	厘米	体 重	2	公斤	Ш.	压		毫 米	
Height	cm	Weight		kg	Blood	l pressure		mmHg	
发育情况		营养情况			颈部				
Development					Neck				
视 力 <u>左 L</u>		矫 正 视 力 <u>左 L</u> 眼							
Vision 右 R		Corrected vision 右 R Eyes							
辨色力					巴结				
Colour sense		Skin Lymph nodes							
		SKIII			<i>J</i> F				
耳		鼻			扁桃	体			
耳 Ears		鼻 Nose			- 1	体			
		鼻			扁桃	体 ls 部			

脊柱 Spine	四 肢 Extremities	神 经 系 统 Nervous system						
其 它 所 见 Other abnormal findings		1						
胸部 X 线检查 Chest X – ray exam.	心电图 ECG							
化验室检查 (包括艾滋病、 梅毒血清学诊断) Laboratory exam. (HIV, Syphilis serodiagnosis)								
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 or disorders found during the present examination:								
□ 霍 乱 Cholera □ 黄热病 Yellow fever □ 鼠 疫 Plague □ 麻 疯 Leprosy	□艾 滋	病 Venereal disease 肺结核 Opening lung tuberculosis 滋 病 AIDS 申 病 Psychosis						
意 见 Suggestion		检查单位盖章 Official stamp						
医师签字 Signature of physician		日期 Date						