

# 外 国 人 体 格 检 查 记 录

## PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 年 月 日 Date of birth Y M D	照  片  photo																								
现在通讯地址 Present mailing address		血 型 Blood Type																									
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth																										
<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%;"> <tr> <td>斑 疹 伤 寒 Typhus fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td><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>产褥期链球菌感染</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>产褥期链球菌感染</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>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</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	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌感染	<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	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																								
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌感染	<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>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” )</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>毒 物 瘾 Toxicomania</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</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 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 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: <div><div><input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera <input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever <input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague <input type="checkbox"/> 麻 疯 Leprosy</div><div><input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease <input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis <input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS <input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis</div></div>		
意 见 Suggestion		检查单位盖章 Official stamp
医 师 签 字 Signature of physician		日期 Date