

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 Photo with official stamp
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood type	
国 籍 Nationality		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> <p>斑疹伤寒 Typhus fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 回归热 Relapsing fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 小儿麻痹症 Poliomyelitis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 菌痢 Bacillary dysentery <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 白喉 Diphtheria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 布氏杆菌病 Brucellosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 猩红热 Scarlet fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis <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 产褥期链球菌感染 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>						
<p>是否患有下列危及公共秩序和安全的疾病：（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> <p>毒物瘾 Toxicomania <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 精神错乱 Menial 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 妄想症 Paranoid Psychosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 幻觉症 Hallucinatory Psychosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>						
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 左 L_____	_____	矫正视力 左 L_____	_____	眼 Eyes		
Vision 右 R_____	_____	Corrected Vision 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								
化实验室检查 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 or disorders found during the present examination</p> <table> <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 Opening 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 Opening 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 Opening lung tuberculosis									
鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS									
麻风 Leprosy	精神病 Psychosis									
意见 Results	检查单位盖章 Official Stamp									
医师签字 Signature of Physician	日期 Date									

检查结果日期须晚于 2023 年 9 月 1 日 The result date must be later than September 1st, 2023