

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)																																																
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				Photo (Stamped Official Stamp)																																																
<p>过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”)</p> <p>Have you ever had any of the following diseases?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table><tr><td>斑疹伤寒</td><td>Typhus fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>菌痢</td><td>Bacillary dysentery</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>小儿麻痹症</td><td>Poliomyelitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>布氏杆菌病</td><td>Brucellosis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>白喉</td><td>Diphtheria</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>病毒性肝炎</td><td>Viral hepatitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>猩红热</td><td>Scarlet fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>产褥期链球菌</td><td>Puerperal streptococcus</td><td></td></tr><tr><td>回归热</td><td>Relapsing fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td></td><td>infection</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td>菌感染</td><td></td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>伤寒和付伤寒</td><td>Typhoid and paratyphoid fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>流行性脑脊髓膜炎</td><td>Epidemic cerebrospinal meningitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td></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	产褥期链球菌	Puerperal streptococcus		回归热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		infection	<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	产褥期链球菌	Puerperal streptococcus																																																		
回归热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		infection	<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”)</p> <p>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table><tr><td>毒物瘾</td><td>Toxicomania.....</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>精神错乱</td><td>Mental confusion.....</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td rowspan="3">精神病 Psychosis</td><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	毫米汞柱 mmHg																																																	
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck																																																		
视力 Vision	左 L_____	矫正视力 Corrected Vision	左 L_____	眼 Eyes																																																		
	右 R_____		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	
其他所见 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.)					
<div>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.</div> <div><div>霍乱Cholera</div><div>黄热病Yellow fever</div><div>鼠疫Plague</div><div>麻风Leprosy</div><div>性病Venereal Disease</div><div>肺结核Lung tuberculosis</div><div>艾滋病AIDS</div><div>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		