

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) Photo (stamped Official stamp)																																																	
现在通信地址 Present mailing address					血型 Blood type																																																		
国籍或地区 Nationality (or Area)		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”)</p> <p>Have you ever had any of the following diseases?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p>																																																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 15%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 15%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="3"></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> <td colspan="3"></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> <td colspan="3"></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 Puerperal streptococcus infection</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="3"></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 colspan="5"></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="5"></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 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				回 归 热 Relapsing fever	<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 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																																				
回 归 热 Relapsing fever	<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>是否患有下列危机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” of “No”)</p>																																																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">毒物瘾 Toxicomania</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Metal confusion</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">妄想型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 40px;">幻想型 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 Metal 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	幻想型 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 Metal 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																																																						
幻想型 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 _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision	左 L _____ 右 R _____	眼 Eyes																																																			
辨色力 Colour senses		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 style="text-align: center;">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.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">霍 乱 Cholera</td> <td style="width: 50%;">性 病 Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>肺结核 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 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 Lung tuberculosis												
鼠 疫 Plague	艾滋病 AIDS												
麻 风 Leprosy	精神病 Psychosis												
意 见 Suggestion			检查单位盖章 Official Stamp										
医师签字 Signature of physician			日期 Date										