

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 Birth Day-Month-Year		照片 (加盖公章 单位印东) (Photo stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address			血型 Blood type	
国籍 Nationality	出生地址 Birth Place			

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")

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 斑疹伤寒 Typhus fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 细菌痢 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 infection | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| 回归热 Relapsing fever | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | 恙虫病 | <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 | | |

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")

- | | |
|--|--|
| 毒物癖 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
--------------	----------	--------------	----------	----------------------	--------------

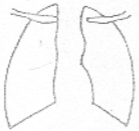
发育情况 Development	营养情况 Nutriture	颈部 Neck
---------------------	-------------------	------------

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 检查结果 (附原始报告单) Chest X-ray exam (Attached chest X-ray report)			心电图 ECG											
化验室检查 (包括 HIV 抗 体、梅毒等血清 学检查,并附原 始报告单) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)	抗——HIV(ELISA) (1) (2) (3) 梅毒血清凝集反应 Syphilis serum agglutination reaction													
<p style="text-align: center;">未发现有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病:</p> <p style="text-align: center;">None of the following diseases or 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 Diseases</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>开放性肺结核 Open lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫 Plague</td> <td>艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风 Leprosy</td> <td>(或 HIV 感染) (or HIV infected)</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis</td> <td></td> </tr> </table>					霍乱 Cholera	性病 Venereal Diseases	黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Open lung tuberculosis	鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻风 Leprosy	(或 HIV 感染) (or HIV infected)	精神病 Psychosis	
霍乱 Cholera	性病 Venereal Diseases													
黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Open lung tuberculosis													
鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS													
麻风 Leprosy	(或 HIV 感染) (or HIV infected)													
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													