

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%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑 疹 伤 寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布 氏 杆 菌 病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产 褥 期 链 球 菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><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 感 染	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<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			
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	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<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																																					
<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%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 错 乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>				毒 物 癮 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 癮 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)										
<p>未发现患有以下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 border="0" data-bbox="227 1176 1380 1344"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera</td> <td><input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever</td> <td><input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague</td> <td><input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy</td> <td><input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease	<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS	<input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis
<input type="checkbox"/> 霍乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性病 Venereal disease									
<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis									
<input type="checkbox"/> 鼠疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾滋病 AIDS									
<input type="checkbox"/> 麻疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精神病 Psychosis									
意见 Suggestion	检查单位盖章 Official stamp 日期 Date									
医师签字 Signature of physician										