

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

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
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”）</p> <p>Have you ever had any of the following diseases?</p> <p>(Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>回归热 Relapsing fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 感染 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis <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? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <p>毒物瘾 Toxicomania..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>精神错乱 Mental confusion..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>妄想型 Paranoid psychosis..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>幻觉型 Hallucinatory psychosis..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p>						
身高 Height	cm	体重 Weight	kg	血压 Blood pressure	mmHg	
发育情况 Development	营养情况 Nourishment		颈部 Neck			
视力 左L _____ 右R _____	矫正视力 左L _____ 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 血 清 学 诊 断 Laboratory exam (Serodiagnosis)				
<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：</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%; vertical-align: top;"> 霍 乱 Cholera 黄 热 病 Yellow fever 鼠 疫 Plague 麻 风 Leprosy </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 性 病 Venereal Disease 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis 艾 滋 病 AIDS 精 神 病 Psychosis </td> </tr> </table>			霍 乱 Cholera 黄 热 病 Yellow fever 鼠 疫 Plague 麻 风 Leprosy	性 病 Venereal Disease 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis 艾 滋 病 AIDS 精 神 病 Psychosis
霍 乱 Cholera 黄 热 病 Yellow fever 鼠 疫 Plague 麻 风 Leprosy	性 病 Venereal Disease 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis 艾 滋 病 AIDS 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			