

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 (加盖检查 单位印章)
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	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	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			
是否患有下列危及公共秩序和安全的疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Do you have any of the following diseases or disorders endangering the pubic order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)					
毒物瘾	Toxicomania <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
神经错乱	Mental confusion <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
神经病	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	千帕 KPa
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 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 HIV 抗体、 梅毒等血清学检 查, 并附原始检 查报告单) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)	(1) 抗——HIV (ELISA) (2) (3) 梅毒血清凝集反应 Syphilis serum agglutination reaction												
<p style="text-align: center;">未发现患有列检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 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										