

外国人体格检查纪录

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																													
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth	Type																													
<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? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table border="0"> <tr> <td>斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</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> </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> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌感染</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流行性脑脊髓膜炎</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Typhoid and paratyphoid fever</td> <td colspan="2">Epidemic cerebrospinal meningitis</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	Puerperal streptococcus infection		伤寒和付伤寒	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Typhoid and paratyphoid fever		Epidemic cerebrospinal meningitis	
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	Puerperal streptococcus infection																													
伤寒和付伤寒	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																												
Typhoid and paratyphoid fever		Epidemic cerebrospinal meningitis																													
<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”)</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” or “No”)</p> <table border="0"> <tr> <td>毒 物 癮 Toxicomania</td> <td>-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td>-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>躁狂型 Manic psychosis</td> <td>-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td>-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis</td> <td>-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <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 Extrenities	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 HIV 抗体、梅毒、病毒性肝炎等血清学检查 , 并附原始报告单) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis, Viral hepatitis etc.)		
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 or disorders found during the present examination: <div><div><input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera <input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever <input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague <input type="checkbox"/> 麻 疯 Leprosy</div><div><input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease <input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis <input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS <input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis</div></div>		
意 见 Suggestion		
检查单位盖章 Official stamp		
医 师 签 字 Signature of physician		
日期 Date		