

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章)																																										
现在通讯地址 Present mailing address						Photo (Stamped Official Stamp)																																										
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type																																												
<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: 15%;">班疹 伤寒</td> <td style="width: 15%;">Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 15%;">菌 痢</td> <td style="width: 15%;">Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症</td> <td>Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病</td> <td>Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉</td> <td>Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎</td> <td>Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热</td> <td>Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球</td> <td>Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回 归 热</td> <td>Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒</td> <td colspan="2">Typhoid and paratyphoid fever</td> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎</td> <td colspan="2">Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td colspan="2"></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							班疹 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	Puerperal streptococcus infection		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
班疹 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	Puerperal streptococcus infection																																												
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																																											
<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”) 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: 15%;">毒物瘾</td> <td style="width: 45%;">Toxicomania</td> <td style="width: 40%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱</td> <td>Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精神病</td> <td>躁狂型 Psychosis: Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							毒物瘾	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	躁狂型 Psychosis: 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	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																													
毒物瘾	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	躁狂型 Psychosis: 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	<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 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	
其他所见 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 ECC			

化验室检查