

外国人体格

Physical Examination Record for Foreigner

姓名 Name		性 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year		照 片 Photo																																										
在通地址 Present Mailing Address					血型 Blood type																																											
国籍 Nationality		出生地址 Birth Place																																														
<p>去是否患有下列疾病 (. . 后面 . 回答 “否” 或 “是”) <i>Have you ever had any of the following diseases ? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</i></p>																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">斑疹寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 20%;">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 . . Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> <td>褥期 . 球菌感染 Puerperal streptococcus infection</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>回 . . Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">寒和副寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td colspan="3">流行性脊髄膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							斑疹寒 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 . . Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	褥期 . 球菌感染 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	回 . . Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes				寒和副寒 Typhoid and paratyphoid fever				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流行性脊髄膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
斑疹寒 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 . . Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	褥期 . 球菌感染 Puerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
回 . . Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																														
寒和副寒 Typhoid and paratyphoid fever				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
流行性脊髄膜炎 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 : (. . 后面 . 回答 “否” 或 “是”) <i>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security ? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</i></p>																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">毒物 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神乱 Mental confusion</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">精神病 Psychosis:</td> <td>躁狂型 Manic Psychosis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid Psychosis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>幻 . 型 Hallucinatory Psychosis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							毒物 Toxicomania				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精神乱 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 . 型 Hallucinatory Psychosis			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes													
毒物 Toxicomania				<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
精神乱 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 . 型 Hallucinatory Psychosis			<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																											
身高 Height	cm	体重 Weight	kg	血 . Blood pressure	mmHg																																											
发育情况 Development		. . 情况 Nourishment		. 部 Neck																																												
. 力 左 L Vision 右 R		. 正 . 力 左 L Corrected vision 右 R		眼 Eyes																																												
辨色力 Colour Sense		皮 . Skin		淋巴 . Lymph nodes																																												
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																																												
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen																																												

脊柱 Spine	四肢 Extremities	神·系· Nervous system
-------------	-------------------	------------------------

其它所·
Other abnormal findings

胸部 X· · · Chest X-ray Exam.		心· · · E C G	
--------------------------------------	--	---------------------	--

化·室· · · 包括血清学·断 Laboratory Exam. (Serodiagnosis)			
---	--	--	--

是否· · 患有下列· 疫· 染病和危害公共健康的疾病：
Do you have any of the following diseases or disorders found during the present examination?
(Each item must be answered "Yes" or "No")

霍乱 Cholera	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	性病 Venereal Disease	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
黄·病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	·放射性肺·核 Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
鼠疫 Plague	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	艾 滋 病 AIDS	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
麻 · Leprosy	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精 神 病 Psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

意·
Suggestion

· · · 位盖章
Official Stamp

医· · 字
Signature of Physician

日期
Date