

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				type	

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 | 痢 菌 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 Puerperal streptococcus infection | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes |
| 回归热 Relapsing fever | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | 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")

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| 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 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	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 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
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)

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.

霍 乱 Cholera	性 病 Venereal Disease
黄 热 病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening 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

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

验证证明

CERTIFICATE OF VERIFICATION

姓名 Name 性别 Sex

国籍 Nationality 出生日期 Date of birth

发证日期 Issued date 护照号码 passport number

现在通讯地址 Present address

兹证明上列人员所持外国人体格检查记录,

This is to certify that the bearer's physical Examination Record for

经过验证, 符合要求。

Foreigner, accord with the requirement.

医师签字
Signature of physician

验证单位盖章
Official stamp

日期
Date