

# 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 Date of birth		照片 Photo																												
现在通讯地址 Present mailing address																																		
国籍 Nationality		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”）</p> <p><b>Have you ever had any of the following disease?</b></p> <p><b>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</b></p>																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 30%;">菌痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><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 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 Puerperal streptococcus infection</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></td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></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 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		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和副伤寒 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		
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 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		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
伤寒和副伤寒 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”）</p> <p><b>Do you have any of the following disease or disorders endangering the public order and security?</b></p> <p><b>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</b></p>																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">毒物瘾 Toxicomania-----</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion-----</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 狂躁型 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 Psychosis: 狂躁型 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 -----	<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 Psychosis: 狂躁型 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 -----	<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		营养状况 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 Color 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 <b>Other abnormal findings</b>			
胸部 X 线检查结果 (附检查报告单) <b>Chest X—ray exam</b> (attached chest X-ray report)		心电图 <b>ECC</b>	
化验室检查 (包括艾滋病、梅毒等血清学检查) <b>Laboratory Exam</b> ( attached test report of AIDS, Syphilis etc)			
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病 <b>None of the following diseases or disorders found during the present examination</b>			
霍乱 Cholera 黄热病 Yellow fever 鼠疫 Plague 麻风 Leprosy	性病 Venereal Disease 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis 艾滋病 AIDS 精神病 Psychosis		
意见 <b>Suggestion</b>	检查单位盖章 <b>Official Stamp</b>		
医师签字 <b>Signature of physician</b>	日期 <b>Date</b>		