

外国人体格检查表

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNERS

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					血型 Blood type																													
国籍 Nationality		出生地址 Birth Place																																
<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 disease?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p>																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 35%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 15%;"><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 30%;">菌痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 20%;"><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>Do you have any of the following disease or disorders endangering the public order and security?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p>																																		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒物瘾 Toxicomania-----</td> <td style="width: 30%;"><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 style="padding-left: 20px;">妄想型 Paranoid psychosis-----</td> <td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">幻觉型 Hallucinatory psychosis-----</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 psychosis-----	<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 psychosis-----	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
身高 Height	cm	体重 Weight		血压 Blood pressure																														
发育情况 Development		营养状况 Nourishment		颈部 Nest																														
视力 左 L Vision 右 R		矫正视力 左 L Corrected vision 右 R		眼 E																														
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 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)											
<p>未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病</p> <p>None of the following diseases or disorders found during the present examination</p> <table border="0"> <tr> <td>霍乱 Cholera</td> <td>性病 Venereal</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫 Plague</td> <td>爱滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风 Leprosy</td> <td>精神病 Psychosis</td> </tr> </table>				霍乱 Cholera	性病 Venereal	黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	鼠疫 Plague	爱滋病 AIDS	麻风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍乱 Cholera	性病 Venereal										
黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening lung tuberculosis										
鼠疫 Plague	爱滋病 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									