

# 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																																														
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")																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">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>猩红热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>回归热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>感染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</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			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
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																																													
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")																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒物瘾 Toxicomania .....</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion .....</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis .....</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis .....</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis .....</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><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: 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																											
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	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 _____ 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. (附检查报告单) (attached chest X-ray report)		心电图  ECG								
化 验 室 检 查 包 括 艾 滋 病、 梅 毒 血 清 学 诊 断 Laboratory Exam. (HIV, Syphilis Serodiagnosis ) Attached test Report of AIDS, Syphilis etc										
<p style="text-align: center;">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.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">霍 乱 Cholera</td> <td style="width: 50%;">性 病 Venereal Disease</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>艾 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 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
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    医师签字 Signature of physician	检查单位盖章 Official Stamp   日期 Date									