

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 (加盖检查单印章) Photo (stamped Official Stamp)																																										
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood type																																											
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place																																														
<p>过去是否惠有下列疾病：(每项后面请回答“否”，或“是”)</p> <p>Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered “yes” or “No”)</p>																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">班疹伤害 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 症 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>小儿麻症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝火 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>猩红热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病期链球 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>回归热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌感染</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>伤害和付伤害 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>流行性脑膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td colspan="4"></td> </tr> </table>							班疹伤害 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 症 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			小儿麻症 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	病毒性肝火 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			猩红热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病期链球 Puerperal streptococcus infection				回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			伤害和付伤害 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					流行性脑膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes				
班疹伤害 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 症 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																													
小儿麻症 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	病毒性肝火 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																													
猩红热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病期链球 Puerperal streptococcus infection																																														
回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																													
伤害和付伤害 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																															
流行性脑膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																															
<p>是否惠有下列危及公共球和安全病症：(项后面请回答“否”，或“是”)</p> <p>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?</p>																																																
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 80%;">毒物 Toxicomania</td> <td style="width: 20%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>请神错乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psyfchosis: 躁狂型 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 Hallucinary psychosis.....</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							毒物 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	请神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psyfchosis: 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 Hallucinary psychosis.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																
毒物 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																															
请神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																															
精神病 Psyfchosis: 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 Hallucinary psychosis.....	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																															
身高 Height	厘米 C M	体重 Weight	公斤 K g	血压 Blood pressure	毫米柱 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																																												
色力 Colour sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes																																												
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																																												
心 Heart		肢 Lungs		腹部 Abdomen																																												

柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system									
其他所见 Other abnormal findings													
脑部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X – ray exam (attached chest X – ray report)				心点图 ECC									
化实验室检查 (包括病艾滋病， 梅毒等血清学检查) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)													
<p style="text-align: center;">未发现惠有下列检梁病和危害公共健康的病</p> <p style="text-align: center;">None of the following diseases of disorders found during the present examination</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">霍乱 Cholera</td> <td style="width: 33%;">性病 Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>肢结核 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	肢结核 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	肢结核 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											
病师签名 Signature of physician		日期 Date											