

外国人 体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 年 月 日 Date of birth Y M D	照 片 photo																								
现在通讯地址 Present mailing address		血 型 Blood Type																									
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth																										
<p>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")</p> <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 <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>布氏杆菌病 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>产褥期链球菌感染</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>Puerperal streptococcus infection</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <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	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Puerperal streptococcus infection	<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	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																								
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Puerperal streptococcus infection	<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																								
<p>过去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")</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 60%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精 神 病 Psychosis:</td> <td>躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>				毒 物 癮 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 癮 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 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 (包括艾滋病、 梅毒血清学诊断) Laboratory exam. (HIV, Syphilis serodiagnosis)										
<p>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 border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera</td> <td><input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever</td> <td><input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague</td> <td><input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻 瘋 Leprosy</td> <td><input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease	<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS	<input type="checkbox"/> 麻 瘋 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis
<input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease									
<input type="checkbox"/> 黄热病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis									
<input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS									
<input type="checkbox"/> 麻 瘋 Leprosy	<input type="checkbox"/> 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								