

# 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 单位印章)  Photo (stamped Official Stamp)
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")					
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	布氏杜菌病	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	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疾病：（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")					
毒物瘾	Toxicomania				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
神经错乱	Mental confusion				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
神经病	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
	幻想型	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	千帕 KPa
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck	
视力 Vision	左 L _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision	左 L _____ 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 结 果 (附检查报告单) Chest X-ray Exam (Attached chest X-ray report			心电图 ECG		
化 验 室 检 查 (包括 HIV 抗体、 梅毒等血清学检 查, 并附原始检 查报告单) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis etc)	HIV-1/2 抗体 (初筛) /Anti-HIV 1/2 (Screen) _____ 梅毒初筛试验 (定性) /Syphilis screen(Quality) _____ 乙型肝炎表面抗原/HBsAg _____ 丙型肝炎抗体/Anti-HCV _____ ALT _____				
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		性 病 Venereal Disease			
黄热病 Yellow fever		肺 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		
医师签字 Signature of physician			日期 Date		