

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION

姓名 Name		性别 Sex	☐ 男 Male ☐ 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章) Photo (Stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address						
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type		

过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“是”或“否”）

Have you ever had any of the following diseases?
(Each item must be answered “Yes” or “No”)

班疹 伤寒	Typhus fever	☐ No ☐ Yes	菌 痢	Bacillary dysentery	☐ No ☐ Yes
小儿麻痹症	Poliomyelitis	☐ No ☐ Yes	布氏杆菌病	Brucellosis	☐ No ☐ Yes
白 喉	Diphtheria	☐ No ☐ Yes	病毒性肝炎	Viral hepatitis	☐ No ☐ Yes
猩 红 热	Scarlet fever	☐ No ☐ Yes	产褥期链球	Puerperal streptococcus infection	
回 归 热	Relapsing fever	☐ No ☐ Yes	菌 感 染		☐ No ☐ Yes
伤寒和付伤寒	Typhoid and paratyphoid	☐ No ☐ Yes			
流行性脑脊髓膜炎	Epidemic cerebrospinal meningitis	☐ No ☐ 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“是”或“否”）

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?
(Each item must be answered “Yes” or “No”)

神经官能症	Neurosis	☐ No ☐ Yes			
精神错乱	Mental confusion	☐ No ☐ Yes			
精神病	Psychosis:		躁狂型	Manic psychosis	☐ No ☐ Yes
			妄想型	Paranoid psychosis	☐ No ☐ Yes
			幻觉型	Hallucinatory	☐ No ☐ 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	
其他所见 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 ECC		
化验室检查 (包括艾滋病、梅毒等血清学检查) Laboratory exam (attached test report of AIDS, Syphilis etc)					
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 of disorders found during the present examination. 霍乱 Cholera 性病 Venereal Disease 黄热病 Yellow fever 肺结核 Lung 鼠疫 Plague 艾滋病 tuberculosis 麻风 Leprosy 精神病 AIDS					
意见 Suggestion			检查单位盖章 Official Stamp		
医师签字 Signature of physician			日期 Date		