

外国人体格检查纪录

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																																					
国籍 Nationality	出生地址 Place of birth	Type																																					
<p>过去是否患有下列疾病：(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%;">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>产褥期链球菌感染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回归热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>Puerperal streptococcus in fection</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</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 in fection			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 in fection																																				
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”)</p> <p>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the Public order and security?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒物瘾 Toxicomania</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">-----</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精神病 Psychosis:</td> <td>躁狂型 Manic psychosis</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis</td> <td style="text-align: center;">-----</td> <td><input type="checkbox"/> No <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 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 Extrenities	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 HIV 抗体、梅毒、病毒性肝炎等血清学检查, 并附原始报告单) Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis, Viral hepatitis 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 or disorders found during the present examination:		
<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 疯 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	