

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 ☐ 男 Male Sex ☐ 女 Female	出生日期 年 月 日 Date of birth Y M D	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 Place of birth		
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	☐ 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 菌 感 染	☐ No ☐ Yes
回 归 热 Relapsing fever	☐ No ☐ Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	☐ No ☐ Yes
伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever	☐ 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 “ 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			☐ 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 psychosis		☐ No ☐ 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)		
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: ☐ 霍 乱 Cholera ☐ 黄热病 Yellow fever ☐ 鼠 疫 Plague ☐ 麻 疯 Leprosy ☐ 性 病 Venereal disease ☐ 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis ☐ 艾 滋 病 AIDS ☐ 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