

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	出生日期 Birth Day-Month-Year	照 片 Photo																					
现在通讯地址 Present mailing address				血型 Blood Type																						
国籍 Nationality		出生地址 Birth place																								
<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 "No" or "Yes")</p>																										
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">斑疹伤寒 Typhus fever <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 33%;">菌痢 Bacillary dysentery <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>白喉 Diphtheria <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>猩红热 Scarlet fever <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链球菌感染 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回归热 Relapsing fever <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis <input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></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 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		回归热 Relapsing fever <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 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																									
回归热 Relapsing fever <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>是否患有下列危及公共秩序和安全的病症。（第项后面请回答“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: 80%;">毒物瘾 Toxicomania -----</td> <td style="width: 20%; text-align: right;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion -----</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Maniac psychosis -----</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">妄想型 Paranoid psychosis -----</td> <td style="text-align: right;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">幻觉型 Hallucinatory psychosis -----</td> <td style="text-align: right;"><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 Maniac 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 Maniac 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 Color 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 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 style="text-align: center;">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 style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">霍乱 Cholera</td> <td style="width: 50%;">性病 Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫 Plague</td> <td>艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风 Leprosy</td> <td>精神病 Psychosis</td> </tr> </table>				霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease	黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease										
黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening 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										