

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

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			
国籍或地区 Nationality (or Area)	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			<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			<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			<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			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			<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					<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					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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")						
毒物癖 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes					<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	毫米汞柱 mmHg	
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		

