

外国人体格检查记录

Physical Examination Record for Foreigner

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 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”）</p> <p><i>Have you ever had any of the following diseases?</i></p> <p><i>(Each item must be answered "Yes" or "No")</i></p>						
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		
回 归 热	Relapsing 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
伤寒和副伤寒		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：（每项后面请回答“否”或“是”）</p> <p><i>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?</i></p> <p><i>(Each item must be answered "Yes" or "No")</i></p>						
毒 物 瘾	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
身 高	Height	体 重	Weight	血 压	Blood pressure	mmHg
	cm		kg			
发 育 情 况	Development	营 养 情 况	Nourishment	颈 部	Neck	
视 力	左 L _____	矫 正 视 力	左 L _____	眼	Eyes	
	右 R _____	右 R _____				
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 E C G																																
化验室检查 包括血清学诊断 Laboratory Exam. (Serodiagnosis)																																		
<p style="text-align: center;">是否发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： <i>Do you have any of the following diseases or disorders found during the present examination?</i> (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">霍 乱</td> <td style="width: 15%;">Cholera</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 15%;">性 病</td> <td style="width: 15%;">Venereal Disease</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>黄 热 病</td> <td>Yellow fever</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> <td>开放性肺结核</td> <td>Opening lung tuberculosis</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>鼠 疫</td> <td>Plague</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> <td>艾 滋 病</td> <td>AIDS</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>麻 风</td> <td>Leprosy</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> <td>精 神 病</td> <td>Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No</td> <td><input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>			霍 乱	Cholera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	性 病	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	黄 热 病	Yellow fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	开放性肺结核	Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	鼠 疫	Plague	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	艾 滋 病	AIDS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	麻 风	Leprosy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精 神 病	Psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes
霍 乱	Cholera	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	性 病	Venereal Disease	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																											
黄 热 病	Yellow fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	开放性肺结核	Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																											
鼠 疫	Plague	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	艾 滋 病	AIDS	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																											
麻 风	Leprosy	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精 神 病	Psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																											
意见 Suggestion	检查单位盖章 Official Stamp																																	
医师签字 Signature of Physician	日期 Date																																	