

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

验证证明

CERTIFICATE OF VERIFICATION

姓名	_____	性别	_____
Name	_____	Sex	_____
国籍	_____	出生日期	_____
Nationality	_____	Date of birth	_____
发证日期	_____	护照号码	_____
Issued date	_____	Passport number	_____
现在通讯地址	_____		
Present address	_____		

兹证明上列人员所持外国人体格检查记录，

This is to certify that the bearer physical examination record 经过验证，符合
合要求。

for foreigner, accord with requirement.

医师签字

验证单位盖章

Signature of physician.....Official stamp

日期

Date.....

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Sex	男 <input type="checkbox"/> Male 女 <input type="checkbox"/> Female	出生日期 Birth day		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			type	
过去是否患有以下疾病：（每项后面请回答“是”或“否”） Have you ever had any of the following diseases?						
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	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌	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	puerperal streptococcus infection		
回归热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	感染		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
伤寒和付伤寒	Typhoid & 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				
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“是”或“否”） Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?						
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	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	狂躁症	Manic psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
			妄想症	Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
			幻想症	Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
身高 Height	cm	体重 Weight	Kg	血压 Blood Pressure	mmHg	
发育状况 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		扁桃腺 Tonsils		
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen		

* Please turn over the form

脊柱 Spine	四肢 Extremities	神经系统 Nervous system																
其他所见 other abnormal findings																		
胸部 X 线检查 chest X-ray exam		心电图 ECG																
化实验室检查 包括血清学诊断 Laboratory exam (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</p> <p style="text-align: center;">None of the following diseases or disorders found during the present examination</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">霍 乱</td> <td style="width: 25%;">Cholera</td> <td style="width: 25%;">性 病</td> <td style="width: 25%;">venereal disease</td> </tr> <tr> <td>黄 热病</td> <td>Yellowfever</td> <td>开放性肺结核</td> <td>Openning lung Tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠 疫</td> <td>Plague</td> <td>爱 滋 病</td> <td>AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻 风</td> <td>leprosy</td> <td>精 神 病</td> <td>Psychosis</td> </tr> </table>			霍 乱	Cholera	性 病	venereal disease	黄 热病	Yellowfever	开放性肺结核	Openning lung Tuberculosis	鼠 疫	Plague	爱 滋 病	AIDS	麻 风	leprosy	精 神 病	Psychosis
霍 乱	Cholera	性 病	venereal disease															
黄 热病	Yellowfever	开放性肺结核	Openning lung Tuberculosis															
鼠 疫	Plague	爱 滋 病	AIDS															
麻 风	leprosy	精 神 病	Psychosis															
意 见 Suggestionj	检查单位盖章 Official Stamp																	
医师意见 Signature of physician	日期 Date																	

End of the form