

# 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? (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 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? (Each item must be answered "Yes" or "No")</i></p>						
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 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	cm	体重 Weight	kg	血压 Blood pressure	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  E C G	
化验室检查 包括血清学诊断 Laboratory Exam. (Serodiagnosis)			
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> <i>(Each item must be answered "Yes" or "No")</i>			
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		