

# 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		
	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	_____	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>是否发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病：</p> <p><i>Do you have any of the following diseases or disorders found during the present examination?</i></p> <p><i>(Each item must be answered "Yes" or "No")</i></p>					
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		