外 国 人 体 格 检 查 纪 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 ☐ 男 Male Sex ☐ 女 Female	出 生 日 期 年 月 日 Date of birth Y M D	照 片 Photo
现 在 通 讯 地 址 Present mailing address			血型 Blood Type
国 籍 Nationality	出 生 地 址 Place of birth		

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	☐ No	☐ Yes	菌 痢	Bacillary dysentery	☐ No	☐ Yes
小儿麻痹症	Poliomyelitis	☐ No	☐ Yes	布氏杆菌病	Brucellosis	☐ No	☐ Yes
白 喉	Diphtheria	☐ No	☐ Yes	病毒性肝炎	Viral hepatitis	☐ No	☐ Yes
猩 红 热	Scarlet fever	☐ No	☐ Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	Puerperal streptococcus in fection	☐ No	☐ Yes
回 归 热	Relapsing fever	☐ No	☐ Yes				
伤 寒 和 付 伤 寒	Typhoid and paratyphoid fever	☐ No	☐ Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	Epidemic cerebrospinal meningitis	☐ No	☐ Yes

过去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 瘾	Toxicomania		☐ No	☐ Yes
精神错乱	Mental confusion		☐ No	☐ Yes
精 神 病	Psychosis:	躁 狂 型 Manic psychosis	☐ No	☐ Yes
		妄 想 型 Paranoid psychosis	☐ No	☐ Yes
		幻 觉 型 Hallucinatory psychosis	☐ No	☐ Yes

身 高 厘米 Height cm	体 重 公斤 Weight kg	血 压 毫米 Blood pressure mmHg

发 育 情 况 Development	营 养 情 况 Nourishment	颈 部 Neck
视 力 左 L / 右 R Vision	矫 正 视 力 左 L / 右 R Corrected vision	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 Extrenities	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 ECG	
化验室检查 （包括 HIV 抗体、梅毒、病毒性肝炎等血清学检查，并附原始报告单） Laboratory exam (Attached test report of AIDS, Syphilis, Viral hepatitis etc.)			

未 发 现 患 有 下 列 检 疫 传 染 病 和 危 害 公 共 健 康 的 疾 病：

None of the following diseases or disorders found during the present examination:

☐ 霍 乱	Cholera	☐ 性 病	Venereal disease
☐ 黄热病	Yellow fever	☐ 开放性肺结核	Opening lung tuberculosis
☐ 鼠 疫	Plague	☐ 艾 滋 病	AIDS
☐ 麻 疯	Leprosy	☐ 精 神 病	Psychosis

意 见
Suggestion

检查单位盖章
Official stamp

医 师 签 字
Signature of physician

日期
Date