

外国人体格检查记录
PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

验证证明
CERTIFICATE OF VERIFICATION

姓名
Name _____

性别
Sex _____

国籍
Nationality _____

出生日期
Date of Birth _____

发证日期
Issued Date _____

护照号码
Passport Number _____

现在通信地址
Present Address _____

兹证明上列人员所持外国人体格检查记录,经过验证,符合要求。

This is to certify that the bearer's Physical Examination Record for Foreigner accord with the requirement.

医师签字
Signature of Physician _____

验证单位盖章
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 -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 align="center">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”)</p> <p>斑疹伤寒 Typhus fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 菌痢 Bacillary dysentery <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>小儿麻痹症 Poliomyelitis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 布氏杆菌病 Brucellosis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>白 喉 Diphtheria <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>猩 红 热 Scarlet fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>产褥期链球菌感染 Puerperal Streptococcus Infection <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>回 归 热 Relapsing fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</p> <p>伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>						
<p align="center">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”)</p> <p>毒 物 癮 Toxicomania <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>精神错乱 Mental confusion <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>精 神 病 Psychosis , 躁狂型 Manic psychosis..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>妄想型 Paranoid psychosis..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>幻觉型 Hallucinatory psychosis... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>						
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 Eye		
右 R		右 R				
辨 色 力 Color sense		皮 肤 Skin		淋 巴 结 Lymph nodes		

耳 Ears	鼻 Nose	扁桃体 Tonsils
心 Heart	肺 Lung	腹部 Abdomen

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	
----------------------------------	--	--------------	--

化验室检查包括 血清学诊断 Laboratory Exam (Serodiagnosis)	
---	--

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	爱 滋 病	AIDS
麻 风	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