外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Gender	☐ 男 Male ☐ 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year		照片 (加盖检查单位印章) Photo (Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood type	
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place				

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 following diseases?
(Each item must be answered "Yes" or "No")

斑疹伤寒 Typhus fever	☐ No ☐ Yes	菌疾 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	産褥期胞球菌感染	☐ No ☐ Yes
回归热 Relapsing fever	☐ No ☐ Yes	Puerperal streptococcus infection	

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

是否患有下列危及公共秩序和安全的疾症：(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 Height 厘米 cm	体重 Weight 公斤 kg	血压 Blood pressure 毫米汞柱 mmHg
发育情况 Development	营养情况 Nourishment	颈部 Neck
视力 Vision 左 L _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision 左 L _____ 右 R _____	眼 Eyes
辨色力color Color 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 检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (attached chest X-ray report)		心电图 ECG			
化验室检查 (包括艾滋病, 梅毒等血清学检查) Laboratory exam(Attached test report of AIDS, Syphilis 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 following diseases or disorders was found during the present examination.

霍　乱	Cholera	性　　病	Venereal Disease
黄热病	Yellow fever	开放性肺结核	Open lung tuberculosis
鼠　疫	Plague	艾　滋　病	AIDS
麻　风	Leprosy	(或HIV感染)	(or HIV infected)
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