

# 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
现在通讯地址 Present address	

兹证明上列人员所持外国人体格检查记录,

This is to certify that the bearer's physical Examination Record for

经过验证, 符合要求.

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	<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				
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 <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 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 回 归 热 Relapsing fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 感染 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 伤寒和付伤寒 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					
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 <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 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 艾 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		