

(様式3 両面)

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 BirthDay-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”) Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p> <table style="width: 100%;"><tr><td>斑 疹 伤 寒</td><td>Typhus fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>菌 痢</td><td>Bacillary dysentery</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>小儿麻痹症</td><td>Poliomyelitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>布氏杆菌病</td><td>Brucellosis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>白 喉</td><td>Diphtheria</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>病毒性肝炎</td><td>Viral hepatitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>猩 红 热</td><td>Scarlet fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>产褥期链球菌</td><td>Puerperal streptococcus infection</td><td></td></tr><tr><td>回 归 热</td><td>Relapsing fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td>感 染</td><td></td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>伤寒和付伤寒</td><td>Typhoid and, paratyphoid fever</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>流行性脑脊髓膜炎</td><td>Epidemic cerebrospinal meningitis</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							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		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			
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																																												
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																																														
<p>是否患有下列危及公共程序 and 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> <table style="width: 100%;"><tr><td>毒 物 癮</td><td>Toxicomania</td><td>.....</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td>精神错乱</td><td>Mental confusion</td><td>.....</td><td><input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td rowspan="3">精 神 病</td><td>Psychosis</td><td>躁狂型 Manic Psychosis</td><td>..... <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td></td><td>妄想型 Paranoid psychosis</td><td>..... <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr><tr><td></td><td>幻觉型 Hallucinatory psychosis</td><td>..... <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</td></tr></table>							毒 物 癮	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																								
毒 物 癮	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 Vision	左 L 右 R	矫正视力 Corrected vision	左 L 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 Neryous 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)	Hemoglobin (g/dl) Hematocrit (%) Red blood cells count  GOT (IU/l) GPT (IU/l) $\gamma$ -GTP (IU/l)  T-cholesterol (mg/dl) Triglycerides (mg/dl) HDL-cholesterol (mg/dl)  Blood-sugar level (mg/dl)																		
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. <table><tr><td>霍 乱</td><td>Cholera</td><td>性 病</td><td>Venereal Disease</td></tr><tr><td>黄热病</td><td>Yellow fever</td><td>开放性肺结核</td><td>Opening lung tuberculosis</td></tr><tr><td>鼠 疫</td><td>Plague</td><td>艾 兹 病</td><td>AIDS</td></tr><tr><td>麻 风</td><td>Leprosy</td><td>精 神 病</td><td>Psychosis</td></tr></table>				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 兹 病	AIDS	麻 风	Leprosy	精 神 病	Psychosis
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 兹 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																	