外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Sex	男 □Male 女 □Female	出生日期 Birth day		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				

过去是否患有以下疾病：（每项后面请回答“是”或“否”）

Have you ever had any of rhe following diseases?

斑疹伤寒	Typhus fever	□ No □ Yes	菌痢	Bacillarydysentery	□ No □ Yes
小儿麻痹	Poliomyelitis	□ No □ Yes	布氏杆菌	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	puerperal streptococcus infection	
回归热	Relapsing fever	□ No □ Yes	感染		□ No □ Yes
伤寒和付伤寒	Typhoid & 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病症：（每项后面请回答“是”或“否”）

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?

毒物瘾	Toxicomamia			□ No □ Yes
精神错乱	Mental confusion			□ No □ Yes
精神病	Psychosis	狂躁症	Manic psychosis	□ No □ Yes
		妄想症	Paranoid psychosis	□ No □ Yes
		幻想症	Hallucinatory psychosis	□ No □ Yes

身高 Height cm	体重 Weight Kg	血压 Blood Pressure mmHg
发育状况 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
辩色力 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

* Please turn over the form

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	Yellowfever	开放性肺结核	Openning lung Tuberculosis
鼠 疫	Plague	爱 滋 病	AIDS
麻 风	leprosy	精 神 病	Psychosis

意 见
Suggestionj

检查单位盖章
Official Stamp

医师意见
Signature of physician

日期
Date

End of the form

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

验 证 证 明

CERTIFICATE OF VERIFICATION

姓　　名　　性　　别

Name _____ Sex _____

国　　籍　　出生日期

Nationality _____ Date of birth _____

发证日期　　护照号码

Issued date _____ **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 physical examination record 经过验证，符合要求。

for foreigner, accord with requirement.

医 师 签 字　　验证单位盖章

Signature of physician……Official stamp

日　期

Date……..