

# 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																															
<p>过去是患有下列疾病：（每项后面请回答“是”或“否”）</p> <p>Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p>																																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 33%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和负伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</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 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	伤寒和负伤寒 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 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																														
伤寒和负伤寒 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秩序和安全秩序的病症：（每项后面请回答“是”或“否”）</p> <p>Do you have any of the following disease or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered "Yes" or "No")</p>																																	
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 150px;">妄想型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 150px;">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	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 sense		皮 肤 Skin		淋 巴 结 Lymph nodes																													
耳 Ears		鼻 Nose		扁 桃 体 Tonsils																													
心 Heart		肺 Lungs		腹 部 Abdomen																													

胸部 X 射线检查 Chest X-ray Exam		心电图 ECG									
化实验室检查 包括艾滋病 梅毒血清学诊断 Laboratory exam (HIV, Syphilis Serodiagnosis)	<b>HIV</b>  <b>Syphilis serum agglutination reaction</b>										
<p style="text-align: center;">未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病</p> <p style="text-align: center;">None of the following diseases or disorder were found during the present examination</p> <table border="0" style="width: 100%;"><tr><td>霍乱 Cholera</td><td>性病 Venereal Disease</td></tr><tr><td>黄热病 Yellow fever</td><td>开放性结核 Opening lung tuberculosis</td></tr><tr><td>鼠疫 Plague</td><td>艾滋病 AIDS</td></tr><tr><td>麻风 Leprosy</td><td>精神病 Psychosis</td></tr></table>				霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease	黄热病 Yellow fever	开放性结核 Opening lung tuberculosis	鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease										
黄热病 Yellow fever	开放性结核 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									