外 国 人 体 格 检 查 表

**FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM**

性别 □ 男 Male

Sex □ 女 Female

出生日期

Birthday

姓名

Name

现在通讯地址

Present mailing address

国籍或地区

Nationality

(or Area)

照片

(加盖检查单位印章)

出生地

Birth

place

血型

Blood type

Photo

(Stamped Official

Stamp)

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")

班疹 伤寒 Typhus fever

小儿麻痹症 Poliomyelitis

白 喉 Diphtheria

猩 红 热 Scarlet fever

□No □Yes

□No □Yes

□No □Yes

□No □Yes

菌

痢 Bacillary dysentery

回 归 热 Relapsing fever □No □Yes

伤寒和付伤寒

流行性脑脊髓膜炎

布氏杆菌病

病毒性肝炎

产褥期链球

菌 感 染

Brucellosis

Viral hepatitis

□No □Yes

□No □Yes

□No □Yes

Puerperal streptococcus infection

□No □Yes

Typhoid and paratyphoid fever

□No □Yes

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"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

精神错乱

精神病

Toxicomania…………………………………………………□No □Yes

Mental confusion……………………………………………□No □Yes

Psychosis：躁狂型

妄想型

幻觉型

厘米

CM

Manic paychosis…………………………………□No □Yes

Paranoid psychosis………………………………□No □Yes

Hallucinatory……………………………………□No □Yes

体重

Weight

营养情况

Nourishment

矫正视力

公斤

Kg

毫米汞柱

mmHg

身高

Height

发育情况

Development

视力

Vision

辨色力

左 L

右 R

左 L

Colour sense

耳

Ears

心

Heart

Corrected vision 右 R

皮肤

Skin

鼻

Nose

肺

Lungs

血压

Blood pressure

颈部

Neck

眼

Eyes

淋巴结

Lymph nodes

扁桃体

Tonsils

腹部

Abdomen

脊柱

Spine

四肢

Extremities

神经系统

Nervous system

其他所见

Other abnormal findings

胸部 X 线

检查结果

(附检查报告单)

Chest X-ray exam

(attached chest X-ray

report)

心电图

ECC

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 the following diseases of disorders found during the present examination.

霍乱

黄热病

鼠疫

麻风

Cholera

Yellow fever

Plague

Leprosy

性病

肺结核

艾滋病

精神病

Venereal Disease

Lung tuberculosis

AIDS

Psychosis

意

见

Suggestion

检查单位盖章

Official Stamp

医师签字

Signature of physician

日期

Date