

外国人 体格检查记录

Full Name 姓名		Sex 性别	Date of Birth DD/MM/YY 出生日期	Photo 照片
		<input type="checkbox"/> Male 男 <input type="checkbox"/> Female 女		
Present Mailing Address 现通讯地址			Blood Type 血型	
Nationality 国籍		Place of Birth 出生地		

Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "No" or "Yes")
过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）

Typhus Fever 斑疹伤寒	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Relapsing Fever 回归热	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Poliomyelitis 小儿麻痹症	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Bacillary Dysentery 菌痢	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Diphtheria 白喉	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Brucellosis 布氏杆菌病	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Scarlet Fever 猩红热	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Viral Hepatitis 病毒性肝炎	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Typhoid and Paratyphoid Fever 伤寒和副伤寒	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
Epidemic Cerebrospinal Meningitis 流行性脑脊髓膜炎	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
Puerperal Streptococcus Infection 产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?
(Each item must be answered "No" or "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”）

Toxicomania 毒物瘾	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Mental Confusion 精神错乱	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Psychosis 精神病: Manic Psychosis 燥狂型	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Paranoid Psychosis 妄想型	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
Hallucinatory Psychosis 幻觉型	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

Height 身高 _____ cm	Weight 体重 _____ kg	Blood Pressure 血压 _____ mmHg
-----------------------	-----------------------	---------------------------------

Development 发育情况	Nourishment 营养情况	Neck 颈部
------------------	------------------	---------

Vision 视力 L 左 _____ R 右 _____	Corrected Vision L 左 _____ 矫正视力 R 右 _____	Eyes 眼
----------------------------------	--	--------

Colour Sense 辨色力	Skin 皮肤	Lymph Nodes 淋巴结
------------------	---------	-----------------

Ears 耳	Nose 鼻	Tonsils 扁桃体
--------	--------	-------------

Heart 心	Lungs 肺	Abdomen 腹部									
Spine 脊柱	Extremities 四肢	Nervous System 神经系统									
Other Abnormal Findings 其他所见											
Chest X-ray Exam 胸部X射线检查		ECG 心电图									
Laboratory Exam (Serodiagnosis) 化验室检查 包括血清学诊断											
<p>None of the following diseases or disorders found during the present examination. 未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病:</p> <table border="0" data-bbox="68 1333 960 1506"> <tr> <td>Cholera 霍乱</td> <td>Plague 鼠疫</td> </tr> <tr> <td>Venereal Disease 性病</td> <td>AIDS 爱滋病</td> </tr> <tr> <td>Yellow Fever 黄热病</td> <td>Leprosy 麻风</td> </tr> <tr> <td>Psychosis 精神病</td> <td>Opening Lung Tuberculosis 开放性肺结核</td> </tr> </table>				Cholera 霍乱	Plague 鼠疫	Venereal Disease 性病	AIDS 爱滋病	Yellow Fever 黄热病	Leprosy 麻风	Psychosis 精神病	Opening Lung Tuberculosis 开放性肺结核
Cholera 霍乱	Plague 鼠疫										
Venereal Disease 性病	AIDS 爱滋病										
Yellow Fever 黄热病	Leprosy 麻风										
Psychosis 精神病	Opening Lung Tuberculosis 开放性肺结核										
Suggestion 意见	Official Stamp 检查单位盖章										
Signature of Physician 医师签字	Date 日期										