外 国 人 体 格 检 查 表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 **Name**		性别 **Sex**	☐ 男 **Male** ☐ 女 **Female**	出生日期 **Date of birth**		照片 **Photo**
现在通讯地址 **Present mailing address**						
国籍 **Nationality**		出生地 **Birth Place**		血型 **Blood type**		

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 disease?

（Each item must be answered “Yes” or “No”）

斑疹伤寒 **Typhus fever** ☐No ☐Yes　菌痢 Bacillary dysentery ☐No ☐Yes

小儿麻痹症 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　☐No ☐Yes

伤寒和副伤寒 **Typhoid and 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“否”或“是”）

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

（Each item must be answered “Yes” or “No”）

毒物瘾 **Toxicomania**----------☐No ☐Yes

精神错乱 Mental confusion----------☐No ☐Yes

精神病 **Psychosis**：狂躁型 **Manic psychosis**----------☐No ☐Yes

妄想型 Paranoid psychosis----------☐No ☐Yes

幻觉型 Hallucinatory ----------☐No ☐Yes

身高 厘米 **Height cm**	体重 公斤 **Weight Kg**	血压 毫米汞柱 **Blood pressure mmHg**
发育情况 **Development**	营养状况 **Nourishment**	颈部 **Neck**
视力 左 L **Vision** 右 R	矫正视力 左 L **Corrected vision** 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**
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 or disorders found during the present examination

霍乱 **Cholera**
黄热病 **Yellow fever**
鼠疫 **Plague**
麻风 **Leprosy**

性病 **Venereal Disease**
开放性肺结核 **Opening lung tuberculosis**
艾滋病 **AIDS**
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