

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章) Photo (Stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address						

国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type	
-----------------------------------	--	-----------------------	--	------------------	--

过去是否患有下列疾病 (如有, 请打“√”, 无打“○”)

肺病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	心脏病 Heart disease	<input type="checkbox"/>	高血压 Hypertension	<input type="checkbox"/>
糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/>	肾脏病 Kidney disease	<input type="checkbox"/>	哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/>
结核病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	肝硬化 Liver disease	<input type="checkbox"/>	癫痫 Epilepsy	<input type="checkbox"/>
梅毒 Syphilis	<input type="checkbox"/>	精神病 Mental disease	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>

其他 Others	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------------	--------------------------

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday	
现在通讯地址 Present mailing address					
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type	
过去是否患有下列疾病 (如有, 请打“√”, 无打“○”)					
肺病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	心脏病 Heart disease	<input type="checkbox"/>	高血压 Hypertension	<input type="checkbox"/>
糖尿病 Diabetes	<input type="checkbox"/>	肾脏病 Kidney disease	<input type="checkbox"/>	哮喘 Asthma	<input type="checkbox"/>
结核病 Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	肝硬化 Liver disease	<input type="checkbox"/>	癫痫 Epilepsy	<input type="checkbox"/>
梅毒 Syphilis	<input type="checkbox"/>	精神病 Mental disease	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>
其他 Others	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>	其他 Others	<input type="checkbox"/>

脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system	
-------------	--	-------------------	--	------------------------	--

检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (attached chest X-ray report)				
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 Cholera	性病 Venereal Disease
黄热病 Yellow fever	肺结核 Lung tuberculosis
鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS
麻风 Leprosy	精神病 Psychosis

医师签字
Signature of physician

检查单位盖章
Official Stamp

医师签字
Signature of physician

日期
Date

注意
Attention

Supervisor

医生
Physician

Signature