

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				

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")

- | | | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|
| 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 |
| 小儿麻痹症 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 |
| 伤寒和付伤寒 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 |

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 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 左 L _____ Vision 右 R _____		矫正视力 左 L _____ Corrected vision 右 R _____		眼 Eyes	
辨色力 Colour sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes	
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils	
心 Heart		肺 Lungs		腹部 Abdomen	