

# 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	