

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------|-----------------------------|--|--------------------------|--|-------------------------------|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|---|-----------------------------|------------------------------|
| 姓名 Name | 性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female | 出生日期 Date of birth | 年 月 日 Y M D | 照 片 photo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 现在通讯地址 Present mailing address | | | 血型 Blood Type | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 国 籍 Nationality | 出生地址 Place of birth | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑 疹 伤 寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布 氏 杆 菌 病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产 褥 期 链 球 菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table> | | | | | 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 感 染 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | 回 归 热 Relapsing fever | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | 流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎 | <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 |
| 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 感 染 | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 回 归 热 Relapsing fever | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes | 流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎 | <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>过去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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 错 乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">精 神 病 Psychosis:</td> <td>躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table> | | | | | 毒 物 癮 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 毒 物 癮 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

