Attachment 2

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 Birth Day-Month-Year		照片 （加盖检查单位印章） Photo (stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address					血型 Blood type	
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地址 Birth Place				

过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“是”或“否”）

Have you ever had any of the following diseases?

(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	布氏杆菌病 Brucellosis		□No□Yes
白　　喉	Diphtheria	□No □Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis		□No□Yes
猩 红 热	Searle fever	□No □Yes	产褥期链球 Puerperal streptococcus infection		□No□Yes
回 归 热	Relapsing fever	□No □Yes	菌 感 染		□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 diseases or diseases endangering the public order and seventy ?

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

毒物瘾　Toxic mania……..…….…….……□No□Yes

精神错乱　Mental confusion……..……□No□Yes

精神病　Psychosis　躁狂型　Manic Psychosis……..□No□Yes

妄想型 Paranoid Psychosis……..☐No☐Yes 幻觉型 Hallucinatory Psychosis……..☐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	营养情况 Nounshment	颈部 Neck
视力 左 L Vision 右 R	矫正视力 左 L Corrected vision 右 R	眼 Eyes
辩色力 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	
其它所见 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 ECG	
化验室检查 （包括爱滋病、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	爱滋病 AIDS
麻　风 Leprosy	精神病 Psychosis

意　　见

Suggestion

检查单位盖章

Official Stamp

医师签字	日期
Signature of physician	Date