

外国人体格检查记录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Full Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Date of Birth Yr no day	照片 photo																																										
现在通信地址 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: 20%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 20%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelities</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>感 染</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></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 Poliomyelities	<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		
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 Poliomyelities	<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																																												
<p>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 of 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: 20%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis</td> <td></td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>幻觉型 Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td colspan="2"></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	毫米汞柱 mmHg																																										
发育情况 Development	营养情况 Nourishment		颈部 Neck																																												
视力 左 L Vision R	矫正视力 左 L Corrected vision 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																																												