

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓 名 Name		性 别 Sex	☐ 男 Male ☐ 女 Female	出 生 日 期 Date of Birth		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 ☐No ☐Yes 菌 痢 Bacillary dysentery ☐No ☐Yes 小儿麻痹症 Poliomyelitis ☐No ☐Yes 布氏杆菌病 Brakeless ☐No ☐Yes 白 喉 Diphtheria ☐No ☐Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis ☐No ☐Yes 猩 红 热 Scarlet fever ☐No ☐Yes 产褥期链球菌感染 Puerperal streptococcus Infection ☐No ☐Yes 回 归 热 Relapsing fever ☐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 disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”) 毒 物 癮 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 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 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 Nitrous system
其 它 所 见 Other abnormal findings		
胸部 X 线检查 Chest X-ray exam. (attached chest X-ray report)		心电图 ECG
化验室检查 （包括 HIV 抗体、梅毒等血清诊断，并附原始报告单） Laboratory exam. (attached test report of HIV, Syphilis, Serodiagnosis)		
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 or disorders found during the present examination. 霍 乱 Choleras 黄 热 病 Yellow fever 鼠 疫 Plague 麻 风 Leprosy 性 病 Venereal Disease 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis 艾 滋 病 AIDS (或 HIV 感染)(or HIV infected) 精 神 病 Psychosis		
意 见 Suggestion		检查单位盖章 Official Stamp
医 师 签 字 Signature of physician		日期 Date