PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

外 国 人 体 格 检 查 记 录

Full Name 姓名	Sex 性别	Date of Birth DD/MM/YY 出生日期	Photo 照片
	☐ Male 男 ☐ Female 女		
Present Mailing Address 现通讯地址		Blood Type 血型	
Nationality 国籍	Place of Birth 出生地		

Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "No" or "Yes")
过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答"否"或"是"）

Typhus Fever 斑疹伤寒	☐ No	☐ Yes	Relapsing Fever 回归热	☐ No	☐ Yes
Poliomyelitis 小儿麻痹症	☐ No	☐ Yes	Bacillary Dysentery 菌痢	☐ No	☐ Yes
Diphtheria 白喉	☐ No	☐ Yes	Brucellosis 布氏杆菌病	☐ No	☐ Yes
Scarlet Fever 猩红热	☐ No	☐ Yes	Viral Hepatitis 病毒性肝炎	☐ No	☐ Yes

Typhoid and Paratyphoid Fever 伤寒和副伤寒 ☐ No ☐ Yes
Epidemic Cerebrospinal Meningitis 流行性脑脊髓膜炎 ☐ No ☐ Yes
Puerperal Streptococcus Infection 产褥期链球菌感染 ☐ No ☐ Yes

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered "No" or "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"）

Toxicomania 毒物瘾 ..... ☐ No ☐ Yes
Mental Confusion 精神错乱 ..... ☐ No ☐ Yes
Psychosis 精神病：Manic Psychosis 燥狂型 ..... ☐ No ☐ Yes
Paranoid Psychosis 妄想型 ..... ☐ No ☐ Yes
Hallucinatory Psychosis 幻觉型 ..... ☐ No ☐ Yes

Height 身高	Weight 体重	Blood Pressure 血压
_____ cm	_____ kg	_____ mmHg
Development 发育情况	Nourishment 营养情况	Neck 颈部
Vision 视力 L 左 _____ R 右	Corrected Vision 矫正视力 L 左 _____ R 右	Eyes 眼
Colour Sense 辨色力	Skin 皮肤	Lymph Nodes 淋巴结
Ears 耳	Nose 鼻	Tonsils 扁桃体

Heart 心	Lungs 肺	Abdomen 腹部
Spine 脊柱	Extremities 四肢	Nervous System 神经系统

Other Abnormal Findings 其他所见

Chest X-ray Exam 胸部X射线检查		ECG 心电图	
Laboratory Exam (Serodiagnosis) 化验室检查包括血清学诊断			

None of the following diseases or disorders found during the present examination.
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病:

Cholera 霍乱	Plague 鼠疫
Venereal Disease 性病	AIDS 爱滋病
Yellow Fever 黄热病	Leprosy 麻风
Psychosis 精神病	Opening Lung Tuberculosis 开放性肺结核

Suggestion 意见

Official Stamp 检查单位盖章

Signature of Physician 医师签字

Date 日期