

体格检查表

PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day – Month - Year		照 片 (加盖检查 单位印章) Photo (stamped Official stamp)																																										
现在通信地址 Present mailing address					血型 Blood type																																											
国籍或地区 Nationality or Area		出生地址 Birth Place																																														
<p>过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）</p> <p>Have you ever had any of the following diseases?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table border="0"> <tr> <td>斑 疹 伤 寒</td> <td>Typhus fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌 痢</td> <td>Bacillary dysentery</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症</td> <td>Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>布氏杆菌病</td> <td>Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉</td> <td>Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝炎</td> <td>Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热</td> <td>Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链球</td> <td>Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回 归 热</td> <td>Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td></td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td colspan="3">伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td colspan="3">流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td colspan="3"><input type="checkbox"/>No<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	Puerperal streptococcus infection		回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 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	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	Puerperal streptococcus infection																																												
回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 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>是否患有下列危机公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答“否”或“是”）</p> <p>Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?</p> <p>(Each item must be answered “Yes” of “No”)</p> <table border="0"> <tr> <td>毒物瘾</td> <td>Toxicomania</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱</td> <td>Metal confusion</td> <td>.....</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病</td> <td>Psychosis: 躁狂型</td> <td>Manic Psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>妄想型</td> <td>Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td></td> <td>幻想型</td> <td>Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							毒物瘾	Toxicomania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神错乱	Metal 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		幻想型	Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																						
毒物瘾	Toxicomania	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																													
精神错乱	Metal 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																																													
	幻想型	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 Vision	左 L _____ 右 R _____	矫正视力 Corrected vision	左 L _____ 右 R _____	眼 Eyes																																												
辨色力 Colour senses		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 (包括艾滋病、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. <table><tr><td>霍 乱</td><td>Cholera</td><td>性 病</td><td>Venereal Disease</td></tr><tr><td>黄热病</td><td>Yellow fever</td><td>肺结核</td><td>Lung tuberculosis</td></tr><tr><td>鼠 疫</td><td>Plague</td><td>艾滋病</td><td>AIDS</td></tr><tr><td>麻 风</td><td>Leprosy</td><td>精神病</td><td>Psychosis</td></tr></table>						霍 乱	Cholera	性 病	Venereal Disease	黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis	鼠 疫	Plague	艾滋病	AIDS	麻 风	Leprosy	精神病	Psychosis
霍 乱	Cholera	性 病	Venereal Disease																		
黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis																		
鼠 疫	Plague	艾滋病	AIDS																		
麻 风	Leprosy	精神病	Psychosis																		
意 见 Suggestion			检查单位盖章 Official Stamp																		
医师签字 Signature of physician			日期 Date																		