

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name	Almukhametova Aliva	性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday																														
现在通讯地址 Present mailing address																																		
国籍或地区 Nationality (or Area)	Russian Federation	出生地 Birth place	Russian Federation, Ufa	血型 Blood type																														
<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 border="0"> <tr> <td>斑疹 伤寒 Typhus fever</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹症 Poliomyelitis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布氏杆菌病 Brucellosis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病毒性肝炎 Viral hepatitis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection</td> <td></td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td>菌 感 染</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>							斑疹 伤寒 Typhus fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection		回 归 热 Relapsing fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
斑疹 伤寒 Typhus fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
白 喉 Diphtheria	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
猩 红 热 Scarlet fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection																																
回 归 热 Relapsing fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input checked="" 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 or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table border="0"> <tr> <td>毒物瘾 Toxicomania</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神错乱 Mental confusion</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>妄想型 Paranoid psychosis</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>幻觉型 Hallucinatory</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>							毒物瘾 Toxicomania	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神错乱 Mental confusion	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	妄想型 Paranoid psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	幻觉型 Hallucinatory	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																		
毒物瘾 Toxicomania	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
精神错乱 Mental confusion	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
妄想型 Paranoid psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
幻觉型 Hallucinatory	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																																	
身高 Height	厘米 CM	164	体重 Weight	公斤 Kg	53	血压 Blood pressure	毫米汞柱 mmHg	100/70																										
发育情况 Development	NORMAL		营养情况 Nourishment	NORMAL		颈部 Neck	NORMAL																											
视力 Vision	左 L	-3.5	矫正视力 Corrected vision	左 L	3.75	眼 Eyes	NORMAL																											
	右 R	-5.25		右 R	4.5																													
辨色力 Colour sense	NORMAL		皮肤 Skin	NORMAL		淋巴结 Lymph nodes	NORMAL																											
耳 Ears	NORMAL		鼻 Nose	NORMAL		扁桃体 Tonsils	NORMAL																											
心 Heart	NORMAL		肺 Lungs	NORMAL		腹部 Abdomen	NORMAL																											

脊柱 Spine	<i>NORMAL</i>	四肢 Extremities	<i>NORMAL</i>	神经系统 Nervous system	<i>NORMAL</i>
-------------	---------------	-------------------	---------------	------------------------	---------------

其他所见 Other abnormal findings	<i>NORMAL</i>				
---------------------------------	---------------	--	--	--	--

胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (attached chest X-ray report)	Thoracic organc with out pathology	心电图 ECC	<i>NORMAL</i>		
--	---	------------	---------------	--	--

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)	<i>AIDS NEGATIVE</i> <i>Syphilis NEGATIVE</i>				
---	--	--	--	--	--

未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病: *None Present*
 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	艾滋病	AIDS
麻风	Leprosy	精神病	Psychosis

意见 Suggestion <i>PATIENT is in Good</i>	检查单位盖章 Official Stamp
医师签字 Signature of physician	日期 Date