

体 检 表

MEDICAL 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	
护照号 Passport Numver					血型 Blood type
国 籍 Nationality		出生地址 Place of Birth			

过去是否患有以下疾病：(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	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
伤 寒 和 副 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		
产 褥 期 链 球 菌 感 染 Fuerperal streptococcus infection	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

是否过去患过或现在正在患有下列危及公共秩序和安全的疾病：(每项后面请回答“否”或“是”)
Have you ever had or do you currently have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?
(Each item must be answered “Yes” or ”No”)

毒 物 瘾 Toxicomania <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精 神 错 乱 Menial 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 症 Paranoid Psychosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
幻 觉 症 Hallucinatory Psychosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

身高	厘米	体重	公斤	血压	毫米汞柱
Height	cm	Weight	Kg	Blood pressure	mmHg
发育情况		营养情况		颈部	
Development		Nourishment		Neck	
视力	左 L _____	矫正视力	左 L _____	眼	
Vision	右 R _____	Corrected Vision	右 R _____	Eyes	
辨色力		皮肤		淋巴结	
Colour sense		Skin		Lymph nodes	
耳		鼻		扁桃体	
Ears		Nose		Tonsils	
心		肺		腹部	
Heart		Lungs		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 (Attach the examination report)		心电图 ECG
化实验室检查 包括艾滋病、梅毒 等血清学检查) Laboratory Tests (Including serological tests for AIDS, Syphilis, etc.; attach reports)		
是否在此次检查中发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： Were any of the following diseases or disorders detected during this examination 霍乱 Cholera <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 性病 Venereal Disease <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 黄热病 Yellow fever <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 肺结核 Opening lung tuberculosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 鼠疫 Plague <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 艾滋病 AIDS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 麻风 Leprosy <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes 精神病 Psychosis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
体检结论 Conclusions and Suggestions <hr/>		

医师签字

Physician's Signature

日期

Date(D/M/Y):

体检机构名称

Name of the Medical Institution responsible for this medical exam

(体检机构印章) (*Stamp of the Medical Institution*)