*请务必在体检表内附上个人照片且骑缝加盖检查单位印章
Make sure to attach a personal photo and seal with the Hospital official stamp

外 国 人 体 格 检 查 表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	□ 男 Male □ 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章)
mailing address						现在通讯地址 Present
区 ty	出生地 Birth place		血型 Blood type	Photo (Stamped Official Stamp)		国籍或地 Nationali (or Area

过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“不”或“是”)

ve had any of the following diseases? (Each item must be answered “Yes” or “No”)

□No □Yes 菌 痢 Bacillary dysentery □No □Yes 斑疹伤寒 Typhus fever

□No □Yes 布氏杆菌病 Brucellosis □No □Yes 小儿麻痹症 Poliomyelitis □No

□No □Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis □No □Yes 白 喉 Diphtheria □N

□No □Yes 产褥期链球 Puerperal streptococcus infection 猩 红 热 Scarlet fever □N

□No □Yes 菌 感 染 □No □Yes 回 归 热 Relapsing fever □N

paratyphoid fever □No □Yes 伤寒和付伤寒 Typhoid and

ebrospinal meningitis □No □Yes 流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cer

Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?

(答案必须为“是”或“否”)

毒物癖 Toxicomania □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

毫米汞柱 mmHg

身高 厘米 CM 体重 公斤 Kg

发育情况 Development 营养情况 Nourishment 颈部 Neck

视力 左 L 右 R 矫正视力 左 L 右 R 眼 Eyes

淋巴结 Lymph nodes 辨色力 Colour sense 皮肤 Skin

扁桃体 Tonsils 耳 Ears 鼻 Nose

腹部 Abdomen 心 Heart 肺 Lungs

		四肢		神经	
其					
部			G		