

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name	性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday	照片 (如盖签证单位印章)
------------	-----------	--	------------------	------------------

1. 国籍 (Nationality) _____

2. 职业 (Occupation) _____

3. 健康状况 (Health Status) _____

4. 体格检查 (Physical Examination)

5. 内科 (Internal Medicine) _____

6. 外科 (Surgery) _____

7. 眼科 (Ophthalmology) _____

8. 耳鼻喉科 (Otorhinolaryngology) _____

9. 口腔科 (Stomatology) _____

10. 皮肤科 (Dermatology) _____

11. 泌尿科 (Urology) _____

12. 妇产科 (Gynecology) _____

13. 儿科 (Pediatrics) _____

14. 精神科 (Psychiatry) _____

15. 其他 (Others) _____

16. 检查日期 (Date of Examination) _____

17. 检查地点 (Place of Examination) _____

18. 检查医生 (Physician) _____

19. 检查单位 (Institution) _____

20. 其他 (Others) _____

姓名: 性别: 年龄:

胸部 X 线
标本检查

BUG

化实验室检查

梅毒血清学检查
实验室检查
特殊检查

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.

霍乱	Cholera	鼠疫	Plague
鼠疫	Plague	肺结核	Lung tuberculosis
麻风	Leprosy	艾滋病	AIDS
		精神病	Psychosis

姓名: 性别: 年龄:

姓名: 性别: 年龄:

姓名: 性别: 年龄:

姓名: 性别: 年龄: