

附件 4

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 Birth Day-Month-Year		照 片 Photo with official stamp
现在通讯地址 Present Mailing Address					血 型 Blood Type	
国 籍 Nationality		出生地址 Birth Place				
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”) 斑 疹 伤 寒 Typhus fever ☐ No ☐ Yes 回 归 热 Relapsing fever ☐ No ☐ Yes 小儿麻痹症 Poliomyelitis ☐ No ☐ Yes 菌 痢 Bacillary dysentery ☐ No ☐ Yes 白 喉 Diphtheria ☐ No ☐ Yes 布氏杆菌病 Brucellosis ☐ No ☐ Yes 猩 红 热 Scarlet fever ☐ No ☐ Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis ☐ No ☐ Yes 伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever ☐ No ☐ Yes 流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis ☐ No ☐ Yes 产褥期链球菌感染 Furerperal streptococcus infection ☐ No ☐ Yes						
是否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”） Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or ”No”) 毒 物 癮 Toxicomania ☐ No ☐ Yes 精神错乱 Menial confusion ☐ No ☐ Yes 精 神 病 Psychosis: 躁狂型 Manic Psychosis ☐ No ☐ Yes 妄想症 Paranoid Psychosis ☐ No ☐ Yes 幻觉症 Hallucinatory Psychosis ☐ No ☐ 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 sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes		
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils		

