

附件 3

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 瘾 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 左 L_____		矫正视力 左 L_____		眼		
Vision 右 R _____		Corrected Vision 右 R _____		Eyes		
辨色力 Colour sense		皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes		
耳 Ears		鼻 Nose		扁桃体 Tonsils		

心 Heart	肺 Lungs	腹部 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 exam (attached chest X-ray report)		心 电 图 ECG (附 检 查 报 告 单) (attached test report)									
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.)											
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病 (附检查报告单) : None of the following diseases or disorders found during the present examination (attached exam report) <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>霍乱 Cholera</td> <td>性病 Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫 Plague</td> <td>艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风 Leprosy</td> <td>精神病 Psychosis</td> </tr> </table>				霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease	黄热病 Yellow fever	肺结核 Opening lung tuberculosis	鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍乱 Cholera	性病 Venereal Disease										
黄热病 Yellow fever	肺结核 Opening lung tuberculosis										
鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS										
麻风 Leprosy	精神病 Psychosis										
结论或意见 Conclusion or Suggestion		检查单位盖章 Official Stamp									
医师签字 Signature of Physician		日期 Date									

检查结果日期须晚于 2025 年 9 月 1 日 The result date must be later than September 1st, 2025