

外国人体格检查记录

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИНОСТРАНЦА

姓名 И.Ф.О	性别 <input type="checkbox"/> М. Пол <input type="checkbox"/> Ж.	出生日期 Дата рождения (yyyy-mm-dd)	照片 Фото
现在通讯地址 Текущий почтовый адрес		血型 Группа крови	
国籍 Национальность	出生地址 Место рождения		
过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Болели ли вы когда-либо любым из следующих заболеваний? (На каждый пункт следует ответить «да» или «нет»)			
斑疹伤寒 Сыпной тиф	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	菌痢 Бактериальная дизентерия	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
小儿麻痹症 Полиомиелит	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	布氏杆菌病 Бруцеллез	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
白喉 Дифтерия	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	病毒性肝炎 Вирусный гепатит	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
猩红热 Скарлатина	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	产褥期链球菌感染	
回归热 Возвратный тиф	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	Последовательная стрептококковая инфекция	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
伤寒和付伤寒 Брюшной тиф и паратиф	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да	流行性脑脊髓膜炎 Менингококковый менингит	<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
过去是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：(每项后面请回答“否”与“是”) Есть ли у вас одно из следующих заболеваний или расстройств, угрожающих общественному порядку и безопасности? (На каждый пункт следует ответить «Да» или «Нет»)			
毒物瘾 Токсикомания.....			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
精神错乱 Спутанность сознания.....			<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
精神病 Психоз	狂躁型 Маниакальный психоз.....		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	妄想型 Параноидальный психоз.....		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
	幻觉型 Галлюцинации.....		<input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да
身高 厘米 Рост см	体重 公斤 Вес kg	血压 毫米汞柱 Кровяное давление mmHg	
发育情况 Развитие	营养情况 Питание	颈部 Шея	
视力 Зрение	矫正视力 Исправленное зрение	眼 Глаза	
左Л. 右П.			
辨色力 Цветовое восприятие	皮肤 Кожа	淋巴结 Лимфатический узел	
耳 Ухо	鼻 Нос	扁桃体 Миндалевидная железа	
心 Сердце	肺 Легкие	腹部 Живот	

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Date of birth	年 月 日 Y M D	照 片 photo																																				
现在通讯地址 Present mailing address			血 型 Blood Type																																					
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth																																							
<p>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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑 疹 伤 寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布 氏 杆 菌 病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产 褥 期 链 球 菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					斑 疹 伤 寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes			
斑 疹 伤 寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																			
小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																			
白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																			
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																			
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																			
伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																						
<p>过去是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：（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”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 错 乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>					毒 物 癮 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精 神 错 乱 Mental 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 型 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	幻 觉 型 Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																		
毒 物 癮 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																						
精 神 错 乱 Mental 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 型 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																						
幻 觉 型 Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																						
身 高 Height	厘 米 cm	体 重 Weight	公 斤 kg	血 压 Blood pressure	毫 米 mmHg																																			
发 育 情 况 Development	营 养 情 况 Nourishment		颈 部 Neck																																					
视 力 左 L Vision 右 R	矫 正 视 力 左 L Corrected vision 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																																					
心 Heart	肺 Lungs		腹 部 Abdomen																																					

