

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.		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	

脊柱 Позвоночник	四肢 Конечности	神经系统 Нервная система
其它所见 Другие обнаруженные аномалии		
胸部 X 线检查 Рентгеновский снимок грудной клетки		心电图 ЭКГ
化验室检查（包括艾 滋病、梅毒血清学诊 断） Лабораторные исследования (ВИЧ, сифилис, серодиагностика)		
未发现患有以下检疫传染病和危害公共健康的疾病： Никакие из следующих болезней или расстройств не обнаружены во время данного обследования:		
<input type="checkbox"/> 霍乱 Холера <input type="checkbox"/> 性病 Венерическое заболевание <input type="checkbox"/> 黄热病 Желтая лихорадка <input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Начальный туберкулез легких <input type="checkbox"/> 鼠疫 Чума <input type="checkbox"/> 艾滋病 СПИД <input type="checkbox"/> 麻风 Проказа <input type="checkbox"/> 精神病 Психоз		
意见 Указание	检查单位盖章 Официальная печать	
医师签字 Подпись врача	日期 Дата	

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 Y	月 M	日 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					
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	<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 Puerperal streptococcus infection	<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 Epidemic cerebrospinal meningitis	<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		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			
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”)						
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			

