

# 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	左Л. 右П. Глаза	
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)										
<p>未发现患有以下列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:</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 霍乱 Холера</td> <td><input type="checkbox"/> 性病 Венерическое заболевание</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黄热病 Желтая лихорадка</td> <td><input type="checkbox"/> 开放性肺结核 Начальный туберкулез легких</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 鼠疫 Чума</td> <td><input type="checkbox"/> 艾滋病 СПИД</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 麻风 Проказа</td> <td><input type="checkbox"/> 精神病 Психоз</td> </tr> </table>			<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
<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 年 月 日 Date of birth 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: 20%;"><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																																				

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 Chest X – ray exam.		心 电 图 ECG								
化 验 室 检 查 ( 包 括 艾 滋 病 、 梅 毒 血 清 学 诊 断 ) Laboratory exam. ( HIV, Syphilis serodiagnosis )										
<p>未 发 现 患 有 下 列 检 疫 传 染 病 和 危 害 公 共 健 康 的 疾 病 ：</p> <p>None of the following diseases or disorders found during the present examination:</p> <table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera</td><td><input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 黄 热 病 Yellow fever</td><td><input type="checkbox"/> 开 放 性 肺 结 核 Opening lung tuberculosis</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague</td><td><input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> 麻 疯 Leprosy</td><td><input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis</td></tr></table>			<input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease	<input type="checkbox"/> 黄 热 病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开 放 性 肺 结 核 Opening lung tuberculosis	<input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS	<input type="checkbox"/> 麻 疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis
<input type="checkbox"/> 霍 乱 Cholera	<input type="checkbox"/> 性 病 Venereal disease									
<input type="checkbox"/> 黄 热 病 Yellow fever	<input type="checkbox"/> 开 放 性 肺 结 核 Opening lung tuberculosis									
<input type="checkbox"/> 鼠 疫 Plague	<input type="checkbox"/> 艾 滋 病 AIDS									
<input type="checkbox"/> 麻 疯 Leprosy	<input type="checkbox"/> 精 神 病 Psychosis									
意 见 Suggestion	检 查 单 位 盖 章 Official stamp									
医 师 签 字 Signature of physician	日 期 Date									