


# 外国人体格检查记录

## PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Sex	<input checked="" type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth Day-Month-Year		
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	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input checked="" 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 checked="" 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 Puerperal streptococcus infection	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
回归热 Relapsing fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	感染	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		
流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

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")

毒物瘾 Toxicomania	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精神错乱 Mental confusion	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精神病 Psychosis:	
躁狂型 Manic Psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
妄想型 Paranoid psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
幻觉型 Hallucinatory psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

身高 Height		厘米 cm	体重 Weight		公斤 kg	血压 Blood pressure		毫米汞柱 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		

编号：42 (19×27cm)

证明用



### 中华人民共和国出入境检验检疫 ENTRY-EXIT INSPECTION AND QUARANTINE THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA 境外人员体格检查记录验证证明 CERTIFICATE OF VERIFICATION (FOR PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER OR OVERSEAS CHINESE)

正本



编号 No. 120107011

姓 / Surname	名 / Given names
性别 / Sex	出生日期 / Date of birth
男 / Male	
国籍 / Nationality	证件号码 / Passport or ID No.
美国 / American	
职业 / Occupation	
管理人员 / Manager	
公司 / 学校 / 其它 Company / school / others	
通讯地址[中国] / Mailing address (China)	
电话号码[中国] / Telephone Number (China)	



■ 兹证明此申请人所持健康检查记录，经过验证，符合要求。  
■ 本证明自签发之日起，有效期为六个月。  
This is to certify that the health examination record held by this applicant accords with the requirement as a result of verification.  
This certificate is valid for six months from the date of issue.

医生姓名 / Name of Doctor	医生签名 / Signature of Doctor
田卉 TIAN HUI	
签发日期 / Date of issue	签发地点 / Place of issue
18 Dec., 2015	中国天津市塘沽新港二号路2-1126号 No. 2-1126 Xingang 2nd Road, Tanggu, TIANJIN, P. R. CHINA

