

外国人体格检查表

FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章) Photo (Stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address						
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type		

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")

班疹 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	Puerperal streptococcus infection	
回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染		<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		
流行性脑脊髓膜炎	Epidemic cerebrospinal meningitis		<input 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 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	<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	

脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system																	
其他所见 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 ECC																		
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： None of the following diseases of disorders found during the present examination. <table><tr><td>霍乱</td><td>Cholera</td><td>性病</td><td>Venereal Disease</td></tr><tr><td>黄热病</td><td>Yellow fever</td><td>肺结核</td><td>Lung tuberculosis</td></tr><tr><td>鼠疫</td><td>Plague</td><td>艾滋病</td><td>AIDS</td></tr><tr><td>麻风</td><td>Leprosy</td><td>精神病</td><td>Psychosis</td></tr></table>						霍乱	Cholera	性病	Venereal Disease	黄热病	Yellow fever	肺结核	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	Lung tuberculosis																		
鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS																		
麻风	Leprosy	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																		

境外人员验证要求

- 1、 须本人携带护照原件、在境外公立医院办理的外国人体格检查记录原件，原件首页要有本人照片并盖骑缝章，姓名必须与护照上一致，末页须有国际通用日期（公元年）、认证单位的印章或认证医师的签字和盖章。
- 2、 须提供单独的血液检查、胸片检查和心电图检查的原始记录，记录时间须用国际通用日期（公元年），每份原始记录上须有检查医生的签字和盖章，或检查机构的印章。

血液检查：须包含梅毒、艾滋病（I + II型）、乙肝表面抗原、丙肝抗体、谷丙转氨酶的检查明细记录。

心电图：可以为有检查医生签字盖章的报告或心电图纸。

胸片：胸片尺寸须大于 7×11CM，可以为有检查医生签字盖章的报告、X 光片（片子上须打印有准确的受检者个人信息、检查者或检查机构的信息和国际通用检查日期）、光碟（内含有准确的受检者个人信息、检查者或检查机构的信息和国际通用检查日期）。
- 3、 所有记录须应用中文或英文。验证有效期为外国人体格检查记录原件签署日期及各检查明细原件签署日期起六个月内。

Verification Requirements for Abroad Medical Report

1. Applicants shall go to Jiangsu International Healthcare Center in person for verification with passport and all original medical papers brought from abroad.
2. The medical report from abroad should be got from local public hospitals, including the applicant's face photo and across-page seal on the first page, date and hospital seal or doctor's seal or signature on the last page. The name in the report should be the same with that on passport.
3. Original blood check, chest radiograph and electrocardiogram examination papers with doctor's signature or hospital's seal should be annexed to the general report.
4. Blood check record should include details on Syphilis, AIDs(I+II), Hepatitis B surface antigen, HCV-Ab and AST. Chest radiograph size should be more than 7*11m.
5. All records should be written in English or Chinese.
6. Report should be within 6 months.

Jiangsu International Healthcare Center