

体格检查表

PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name	性别 ☐ 男 Male Sex ☐ 女 Female		出生日期 Birth Date		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	
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		
血常规 Blood routine test			输血前 HBVAg、HCVAb、 HIV、TP检查 HBVAg, HCVAb, HIV, TP before blood transfusion		
肝功能+Che.TBA.GPDA+LIPID+体检生化A套+葡萄糖测定+肾功能常规检查 Liver function +Che.TBA.GPDA+LIPID+ Biochemical test(A set)+ Glucose measurement + Renal function					
粪便常规+OB Stool routine +OB			尿常规+比重 Urine routine + specific gravity		
胸部 X 线 (附检查报告单) Chest X-ray (Report attached)					
结核菌素试验 PPD Result interpretation	☐ Positive ☐ Negative				

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 ☐No ☐Yes

小儿麻痹症 Poliomyelitis ☐No ☐Yes

白喉 Diphtheria ☐No ☐Yes

猩红热 Scarlet fever ☐No ☐Yes

回归热 Relapsing fever ☐No ☐Yes

菌痢 Bacillary dysentery ☐No ☐Yes

布氏杆菌病 Brucellosis ☐No ☐Yes

病毒性肝炎 Viral hepatitis ☐No ☐Yes

产褥期链球菌感染

Puerperal streptococcus infection

☐No ☐Yes

伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever ☐No ☐Yes

流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis ☐No ☐Yes

是否患有下列传染病及危及公共秩序和安全的病症（每项后请回答“否”或“是”）

Do you have any of the following diseases? (Each item must be answered “Yes” or “No”)

霍乱 Cholera

☐No ☐Yes

黄热病 Yellow fever

☐No ☐Yes

肺结核 Lung tuberculosis

☐No ☐Yes

鼠疫 Plague

☐No ☐Yes

麻风 Leprosy

☐No ☐Yes

毒物瘾 Toxicomania

☐No ☐Yes

精神错乱 Mental confusion

☐No ☐Yes

精神病 Psychosis:

躁狂型 Manic psychosis

☐No ☐Yes

妄想型 Paranoid psychosis

☐No ☐Yes

幻觉型 Hallucinatory

☐No ☐Yes

意见

Suggestion

医师签字

Signature of physician

检查单位盖章

Official Stamp

日期

Date