

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birth D/M/Y	/ / D / M / Y	照 片 Photo
现住址 Address				血 型 Blood type		
国 籍 Nationality			出生地 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 "No" or "Yes")

斑疹伤寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	菌痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	布氏杆菌菌 Brucellosis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes
白喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	病毒性肝炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes
猩红热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	产褥期链球菌感染	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes
回归热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	Puerperal streptococcus infection		
伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes			
流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes			

是否患有下列危机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 "No" or "Yes")

毒物瘾 Toxicomania	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	
精神错乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	
精神病 Psychosis:			
躁狂症 Manic psychosis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	
妄想症 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	
幻觉症 Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> 否/No	<input type="checkbox"/> 是/Yes	

身高 Height	厘米 cm	体重 Weight	千克 kg	血压 Blood presure	~ 毫米汞柱 mmHg
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck	
裸眼视力 Vision	左 L 右 R	矫正视力 Corrected vision	左 L 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 (附检查报告单) (attached chest X-ray report)				心电图 ECG	
化实验室检查 包括艾滋病、 梅毒血清学诊断 (附检查报告单) Laboratory exam HIV, Syphilis serodiagnosis (attached test report of AIDS, Syphilis etc)					
是否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 or disorders found during the present examination: <input type="checkbox"/> 否/No <input type="checkbox"/> 是/Yes 					
霍乱 Cholera	性 病	开放性肺 结核	艾 滋 病	精 神 病	
黄热病 Yellow fever	性 病	艾 滋 病	精 神 病		
鼠疫 Plague	性 病	艾 滋 病	精 神 病		
麻风 Leprosy	性 病	艾 滋 病	精 神 病		
意见 Suggestion	检查单位盖章 Official stamp				
医师签字 Signature of physician	日期 Date				

「外国人健康診断記録」の書き方

1、実施機関

国立・公立病院または日中友好病院

2、診断項目

- (1) 「外国人健康診断記録」の全項目
- (2) エイズ・B型肝炎および梅毒の検査

3、各診断結果関連の検査報告書

- (1) エイズおよび梅毒の検査データ原本を添付すること。
- (2) 心電図、血液検査のデータを添付すること。
- (3) 各項目の検査方法および結果を記入すること。

4、注意事項

- (1) 写真を貼ること。写真の上には検査病院の硬印あるいは割印を押すこと。
- (2) 裏面の規定場所には検査病院の印鑑と担当医のサインが必要。特定の検査をほかの病院に委託して行った場合は該当検査機関の印鑑と担当医のサインが必要。

- 5、「外国人健康診断記録」は発行後6ヶ月間有効。期限が過ぎた場合はもう一度検査を受ける必要がある。