

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)
------------	-----------	--	------------------	------------------

国籍 Nationality	职业 Occupation	身高 Height	体重 Weight	血压 Blood Pressure	脉搏 Pulse	体温 Temperature
-------------------	------------------	--------------	--------------	----------------------	-------------	-------------------

视力 Vision	听力 Hearing	心肺 Chest	腹部 Abdomen	四肢 Limbs	神经系统 Nervous System	其他 Others
--------------	---------------	-------------	---------------	-------------	------------------------	--------------

检查结果 Examination Results	医生姓名 Physician Name	检查日期 Examination Date	检查地点 Examination Location	其他 Others
-----------------------------	------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------

诊断 Diagnosis	建议 Recommendation	其他 Others
-----------------	----------------------	--------------

备注 Remarks	其他 Others
---------------	--------------

检查单位 Examination Unit	检查日期 Examination Date	检查地点 Examination Location	其他 Others
--------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------

检查单位 Examination Unit	检查日期 Examination Date	检查地点 Examination Location	其他 Others
--------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------

检查单位 Examination Unit	检查日期 Examination Date	检查地点 Examination Location	其他 Others
--------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------

检查单位 Examination Unit	检查日期 Examination Date	检查地点 Examination Location	其他 Others
--------------------------	--------------------------	------------------------------	--------------

其他所见
abnormal findings

Other

心电图
ECG

胸部 X 线
Chest X-ray

胸部 X 线
Chest X-ray

ECG

(附检查报告单)
Chest X-ray exam
(attached chest X-ray
report)

(attached chest X-ray
report)

ECG

ECG

ECG

ECG