

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 出生地 Place of Birth	职业 Occupation 工作单位 Work Unit	健康状况 Health Status 既往病史 Past Medical History	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
--	---------------------------------------	---	---

身高 Height 体重 Weight	血压 Blood Pressure 脉搏 Pulse	体温 Temperature 呼吸 Respiration	心率 Heart Rate 心律 Heart Rhythm
------------------------------	-------------------------------------	--	--

视力 Vision 听力 Hearing	嗅觉 Smell 味觉 Taste	皮肤 Skin 黏膜 Mucous Membranes	淋巴结 Lymph Nodes 甲状腺 Thyroid
-------------------------------	----------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------

心脏 Heart 肺部 Lungs	腹部 Abdomen 肝脏 Liver	脾脏 Spleen 肾脏 Kidneys	神经系统 Nervous System 精神状态 Mental Status
----------------------------	------------------------------	-------------------------------	---

实验室检查 Laboratory Tests 血常规 CBC	尿常规 Urinalysis 粪便常规 Stool Examination	影像学检查 Imaging Studies X光片 X-rays	其他检查 Other Tests 心电图 ECG
---	--	---	-----------------------------------

检查结果 Examination Results 诊断 Diagnosis	治疗建议 Treatment Recommendations 随访计划 Follow-up Plan	检查医生 Examining Physician 检查日期 Date of Examination	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit
--	---	--	---

备注 Remarks 其他 Other	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit
------------------------------	---	--	---

检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
---	--	---	---

检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
---	--	---	---

检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
---	--	---	---

检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
---	--	---	---

检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination	检查医生 Examining Physician 检查单位 Work Unit	检查地点 Place of Examination 检查单位 Work Unit	检查日期 Date of Examination 检查地点 Place of Examination
---	--	---	---

脊柱
Spine

四肢
Extremities

神经系统
Nervous system

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings

其他所见
Other abnormal findings