

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)
<p>姓名: [Name] 性别: [Sex] 出生日期: [Birthday]</p> <p>国籍: [Nationality] 职业: [Occupation] 住址: [Address]</p> <p>检查日期: [Date] 检查地点: [Location]</p> <p>检查医师: [Physician] 检查单位: [Institution]</p>			
<p>体格检查: [Physical Examination]</p> <p>血压: [Blood Pressure] 脉搏: [Pulse] 呼吸: [Respiration]</p> <p>心脏: [Heart] 肺部: [Lungs] 腹部: [Abdomen]</p> <p>神经系统: [Neurological] 泌尿系统: [Urinary System]</p> <p>其他: [Other]</p>			
<p>检查结果: [Examination Results]</p> <p>健康状况: [Health Status]</p> <p>建议: [Recommendations]</p>			

其他所见
Other abnormal findings

胸部 X 线
ECG

心电图

胸部 X 线
检查记录

实验室检查

(包括艾滋病、梅毒等血清学检查)

Laboratory examination
(attached test report)

AIDS, Syphilis etc)

心电图
ECG

胸部 X 线
检查记录

实验室检查
Laboratory examination

心电图
ECG