

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	住址 Address	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	呼吸 Respiration	体温 Temperature

心脏 Heart	肺部 Lungs	腹部 Abdomen	泌尿系统 Urinary System	神经系统 Nervous System	其他 Others

视力 Vision	听力 Hearing	平衡感 Balance	协调性 Coordination	反应速度 Reaction Time	其他 Others

精神状态 Mental Status	意识水平 Level of Consciousness	定向力 Orientation	记忆力 Memory	注意力 Attention	其他 Others

检查者姓名 Name of Examiner	检查者职称 Title of Examiner	检查者单位 Institution of Examiner	检查者地址 Address of Examiner	检查者电话 Phone of Examiner	其他 Others

检查者签名 Signature of Examiner	检查者印章 Seal of Examiner	检查日期 Date of Examination	检查地点 Place of Examination	其他 Others

所见 Normal findings				其他 Other abno
-----------------------	--	--	--	------------------

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

姓名 Name	性别 Sex	年龄 Age	职业 Occupation	民族 Ethnicity	婚姻 Marriage	籍贯 Hometown	出生地 Place of Birth	身份证号 ID No.	联系电话 Phone No.	电子邮箱 Email
------------	-----------	-----------	------------------	-----------------	----------------	----------------	-----------------------	----------------	-------------------	---------------

主诉 Chief Complaint	现病史 History of Present Illness	既往史 Past History	个人史 Personal History	家族史 Family History	体格检查 Physical Examination	辅助检查 Auxiliary Examination	初步诊断 Preliminary Diagnosis	治疗计划 Treatment Plan
-----------------------	-----------------------------------	---------------------	-------------------------	-----------------------	------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	------------------------