

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)
姓名: _____ 性别: _____ 出生日期: _____				
国籍: _____ 职业: _____ 住址: _____				
检查日期: _____ 检查地点: _____				
检查医师: _____				
检查结论: _____				
备注: _____				

	四肢 Extremities	神经系统 Nervous system		脊柱 Spine
其他所见 Other normal findings				Other abnormal findings

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



<p>姓名: [Name]</p> <p>性别: [Gender]</p> <p>年龄: [Age]</p> <p>职业: [Occupation]</p> <p>民族: [Ethnicity]</p> <p>籍贯: [Hometown]</p> <p>婚姻状况: [Marital Status]</p> <p>文化程度: [Education Level]</p> <p>工作单位: [Work Unit]</p> <p>住址: [Address]</p> <p>联系电话: [Phone Number]</p> <p>电子邮箱: [Email Address]</p>		<p>检查日期: [Date]</p> <p>检查地点: [Location]</p> <p>检查医生: [Physician]</p> <p>检查科室: [Department]</p> <p>检查项目: [Examination Item]</p> <p>检查结果: [Result]</p> <p>检查结论: [Conclusion]</p> <p>检查备注: [Remarks]</p>
---	--	---

<p>检查日期: [Date]</p> <p>检查地点: [Location]</p> <p>检查医生: [Physician]</p> <p>检查科室: [Department]</p> <p>检查项目: [Examination Item]</p> <p>检查结果: [Result]</p> <p>检查结论: [Conclusion]</p> <p>检查备注: [Remarks]</p>	<p>检查日期: [Date]</p> <p>检查地点: [Location]</p> <p>检查医生: [Physician]</p> <p>检查科室: [Department]</p> <p>检查项目: [Examination Item]</p> <p>检查结果: [Result]</p> <p>检查结论: [Conclusion]</p> <p>检查备注: [Remarks]</p>	<p>检查日期: [Date]</p> <p>检查地点: [Location]</p> <p>检查医生: [Physician]</p> <p>检查科室: [Department]</p> <p>检查项目: [Examination Item]</p> <p>检查结果: [Result]</p> <p>检查结论: [Conclusion]</p> <p>检查备注: [Remarks]</p>
---	---	---