

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

姓名 Name	性别 <input type="checkbox"/> 男 Male Sex <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 年 月 日 Date of birth Y M D	照 片 photo																																				
现在通讯地址 Present mailing address		血 型 Blood Type																																					
国 籍 Nationality	出生地址 Place of birth																																						
<p>过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”） Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">斑 疹 伤 寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> <td style="width: 30%;">菌 痢 Bacillary dysentery</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>布 氏 杆 菌 病 Brucellosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>白 喉 Diphtheria</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>猩 红 热 Scarlet fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>产 褥 期 链 球 菌 感 染</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>回 归 热 Relapsing fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td>流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				斑 疹 伤 寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes			
斑 疹 伤 寒 Typhus fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																		
小 儿 麻 痹 症 Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	布 氏 杆 菌 病 Brucellosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																		
白 喉 Diphtheria	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	病 毒 性 肝 炎 Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																		
猩 红 热 Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	产 褥 期 链 球 菌 感 染	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																		
回 归 热 Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	流 行 性 脑 脊 髓 膜 炎	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																		
伤 寒 和 付 伤 寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
<p>过去是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答“否”或“是”） Do you have any of the following diseases or disorders endangering the Public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%;">毒 物 癮 Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 10%;"><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 错 乱 Mental confusion</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">躁 狂 型 Manic psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">妄 想 型 Paranoid psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">幻 觉 型 Hallucinatory psychosis</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td><input type="checkbox"/> Yes</td> </tr> </table>				毒 物 癮 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精 神 错 乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	精 神 病 Psychosis:			躁 狂 型 Manic psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	妄 想 型 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes	幻 觉 型 Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																		
毒 物 癮 Toxicomania	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
精 神 错 乱 Mental confusion	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
精 神 病 Psychosis:																																							
躁 狂 型 Manic psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
妄 想 型 Paranoid psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
幻 觉 型 Hallucinatory psychosis	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes																																					
身高 Height	厘米 cm	体 重 Weight	公斤 kg	血 压 Blood pressure	毫 米 mmHg																																		
发育情况 Development	营养情况 Nourishment		颈部 Neck																																				
视力 左 L Vision 右 R	矫正视力 左 L Corrected vision 右 R		眼 Eyes																																				
辨色力 Colour sense	皮肤 Skin		淋巴结 Lymph nodes																																				
耳 Ears	鼻 Nose		扁桃体 Tonsils																																				
心 Heart	肺 Lungs		腹 部 Abdomen																																				

体检表注意事项

新同学，你好：

当你从医院拿到此体格检查结果时，请你仔细核对体检表的以下信息，保证体检表符合申请要求：

体检表第一页：

- 个人信息** 如：名字、出生日期、国籍 需和**护照**上名字、出生日期等信息一致，**名字**不可以缩写或者省略。
- 个人照片**上需盖**医院公章**，且该公章和第二页底部**医院公章**一致。

Dear applicant,

In order to meet the application requirements, please carefully check the information below when you receive the Foreigner Physical Examination Form from the hospital :

The first page:

1. **Personal information** such as name, date of birth and nationality should be consistent with the name and birth date on your **passport**. **Name** written on the form should not be abbreviated or omitted.
2. The official **hospital stamp** on your **ID photo** is the **same** with the one stamped on bottom of the second page.

外国人 体格 检查 表
FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name	Passport name	性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input checked="" type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday	2020/01/01
现在通讯地址 Present mailing address		Present address			
国籍或地区 Nationality (or Area)	THAI	出生地 Birth place	xx City	血型 Blood type	
过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered "Yes" or "No")					
斑疹 伤寒 Typhus fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢 Bacillary dysentery	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白 喉 Diphtheria	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
小儿麻痹症 Poliomyelitis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病 Brucellosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩 红 热 Scarlet fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
回 归 热 Relapsing fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球菌 Puerperal streptococcus infection	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回 归 热 Relapsing fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
伤寒和付伤寒 Typhoid and paratyphoid fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染 Bacterial infection	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

意见
Suggestion: HEALTHY

检查单位
Official S

Signature of physician: Dr. W. Rungtana M.D.
Police Gen. WASUGREE, KAMPITAK, M.D.

日期
Date

Same stamp

体检表第二页 The second page::

- 请医生在表格第二页 **Laboratory Exam** 栏，明确写出具体血液**检查项结果**。如艾滋病-阴性，梅毒-阴性等。Please clearly **state the specific results of blood test items** in the Laboratory Exam on page 2 Such as HIV Ab - negative, VDRL - negative, etc.
- 请医生在表格第二页**公共健康疾病**栏，**√**出项目结果。

Please clearly **state the specific results of public diseases**

化实验室检查 (包括艾滋病、 梅毒等血清学检查) Laboratory exam (attached test report of AIDS, Syphilis etc)	HBsAg = NEGATIVE AntiHBs = NEGATIVE HIV Ab = NEGATIVE VDRL = NON REACTIVE
	Clearly state the specific result of blood test items.

未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： None of the following diseases or disorders found during the present examination:			
霍乱 Cholera	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	性病 Venereal Disease	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
黄热病 Yellow fever	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	肺结核 Lung tuberculosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
鼠疫 Plague	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	艾滋病 AIDS	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
麻风 Leprosy	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精神病 Psychosis	<input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
意见 Suggestion	检查单位盖章 Official Stamp		

□ 在体检表第二页底部，主治医师填写体检结果、签名、日期和医院公，体检结果应为“健康”“合格”等字样。

Those without the **suggestion** and **signature of the attending physician**, or **date of issue** and **official stamp** are invalid, the suggestion should be "**Healthy**" and "**Fit**".

Physician's suggestion shall be clearly stated

□ 体检项目必须包含《外国人体格检查表》所列所有项目，不完整的记录，表格无效。

The physical examinations must cover **all the items** listed in the Foreigner Physical Examination Form. Incomplete records are invalid.

□ 体检表有效期只有6个月，请申请者合理安排体检时间。

Please select the appropriate time to take physical examination as the result is valid for only 6 months.