

外国人体格检查记录

Physical Examination Record for Foreigners

姓名 Full Name		性别 Sex		出生日期 Date of Birth	年 月 日 Y M D	相片 Photo
现在通讯地址 Present Mailing Address					血型 Blood type	
国籍 Nationality			出生地点 Place of Birth			
是否曾患有下列疾病(请选择“是”或“否”) Have you ever had any of the following diseases?(Tick Yes or No)						
斑疹伤寒 Typhus Fever <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 菌痢 Bacillary dysentery <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 小儿麻痹症 Poliomyelitis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 布氏杆菌病 Brucellosis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 白喉 Diphtheria <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 病毒性肝炎 Viral hepatitis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 猩红热 Scarlet fever <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 回归热 Relapsing fever <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 产褥期链球菌感染 Puerperal streptococcus infection <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes						
是否患有下列危及公共秩序和安全的病症(请选择“是”或“否”) Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security?(Tick Yes or No)						
毒物瘾 Toxicomania <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 精神错乱 Mental confusion <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 精神病 Psychosis: 躁狂型 Manic psychosis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 妄想型 Paranoid psychosis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes 幻觉型 Hallucinatory psychosis <input type="checkbox"/> 否 NO <input type="checkbox"/> 是 Yes						
身高 Height	cm	体重 Weight	kg	血压 Blood pressure	mmHg	
发育情况 Development		营养情况 Nourishment		颈部 Neck		
视力 左 Left Vision 右 Right		矫正视力 左 Left Corrected vision 右 Right		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		
脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous System		

其它所见异常 Other abnormal findings											
胸部 X 线检查 Chest X-ray Exam		心电图 ECG									
化验室检查 (包括艾滋病、梅毒 等血清诊断) Lab Exam(AIDS,Syphilis etc. Serodiagnosis)											
<p style="text-align: center;">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.</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;">霍乱 Cholera</td> <td style="width: 25%;">性病 Venereal disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病 Yellow fever</td> <td>开放性肺结核 Opening lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫 Plague</td> <td>艾滋病 AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风 Leprosy</td> <td>精神病 Psychosis</td> </tr> </table>				霍乱 Cholera	性病 Venereal disease	黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening lung tuberculosis	鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS	麻风 Leprosy	精神病 Psychosis
霍乱 Cholera	性病 Venereal disease										
黄热病 Yellow fever	开放性肺结核 Opening lung tuberculosis										
鼠疫 Plague	艾滋病 AIDS										
麻风 Leprosy	精神病 Psychosis										
意见 Suggestion	卫生检疫机关或检查单位盖章 Official Stamp										
医师签字 Signature of physician	日期: 日 月 年 Date D M Y										

说明：

在申请工作、学习或定居签证时，申请人必须提供《外国人员体格检查表》。体格检查须在印尼境内的公共医院进行。体检结果须包括化验室检查，包括血清学诊断的详细报告。体检表须有医生签字及医院盖章。

Instruction:

The Physical Examination Record for Foreigners is one of the required documents for the application of X, Z and D visa. The Record should be completed by either public hospitals, or well-known private clinics in Indonesia. Detail reports of Laboratory examination (serodiagnosis) should be attached. The Record should be signed and dated by the doctor and stamped officially.