

## 外国人人体格检查记录

### Медицинское обследование для иностранца

姓名 Ф.И. (латиницей)	性别 <input type="checkbox"/> 男 Муж. <input type="checkbox"/> 女 Жен.	出生日期 Дата рождения	照片 (加盖检查单 位印章)  Фото (печать медицинского учреждения)
现在通讯地址 Текущее место жительства		血型 Группа крови	
国籍 Национальность	出生地址 Место рождения		
<p style="text-align: center;">过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）</p> <p>Болели ли вы когда-либо любым из следующих заболеваний? (отвечать “нет” или “да”) 斑疹伤寒 Сыпной тиф <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 菌痢 Бактериальная дизентерия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>小儿麻痹症 Полиомиелит <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 布氏杆菌病 Бруцеллез <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>白喉 Дифтерия <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 病毒性肝炎 Вирусный гепатит <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>猩红热 Скарлатина <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 回归热 Возвратный тиф <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>伤寒和副伤寒 Брюшной тиф и паратиф <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>产褥期链球菌感染 Послеродовая стрептококковая инфекция <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p> <p>流行性脑脊髓膜炎 Менингококковый менингит <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>			
<p style="text-align: center;">是否患有下列危及公共秩序和安全的疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）</p> <p>Наблюдалось ли у вас одно из следующих заболеваний или расстройств, угрожающих общественному порядку и безопасности? (отвечать “нет” или “да”)</p> <p>毒物瘾 Токсикомания <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 神经错乱 Спутанность сознания <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 神经病 Психоз: 躁狂型 Маниакальный психоз <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 妄想型 Параноидальный психоз <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да 幻想型 Галлюцинации <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Да</p>			
身高 Рост cm	厘米	体重 Вес kg	公斤
发育情况 Развитие		营养情况 Питание	血压 Артериальное давление mmHg
			千帕
			颈部 Шея

视力 左 L Зрение 右 R	眼 Глаза	矫正视力 左 L Визуальная коррекция 右 R
辨色力 Цветовое восприятие	皮肤 Кожа	淋巴结 Лимфатический узел
耳 Уши	鼻 Нос	扁桃体 Миндалины
心 Сердце	肺 Легкие	腹部 Брюшная полость
脊柱 Позвоночник	四肢 Конечности	神经系统 Нервная система

其它所见 Другие обнаруженные аномалии	
胸部 X 线检查结果 (附检查报告单) Рентгеновский снимок грудной клетки (результат вписать, снимок приложить)	心电图 Электrokардиограмма (результат вписать, кардиограмму приложить)
化 验 室 检 查 (包括 HIV 抗体、 梅毒等血清学检查, 并附原始检查报告 单) Лабораторные исследования (ВИЧ, сифилис, серодиагностика)	丙型肝炎抗体/Anti-Hcv (антитела к вирусу гепатита С): 丙氨酸基转移酶/ALT (АлАТ): (<29U/L) 梅毒确 认试验/TPPA (Сифилис): 艾滋病病毒抗体/Anti-HIV (Вич):
未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： Какие из следующих болезней или расстройств не обнаружены во время данного обследования: <input type="checkbox"/> 霍乱 Холера <input type="checkbox"/> 鼠疫 Чума <input type="checkbox"/> 艾滋病 СПИД <input type="checkbox"/> 麻风 Проказа <input type="checkbox"/> 精神病 Психоз <input type="checkbox"/> 性病 Венерические заболевания <input type="checkbox"/> 黄热病 Желтая лихорадка <input type="checkbox"/> 肺结核 Туберкулез	
意见 Указания	检查单位盖章 Печать медицинского учреждения

医师签字 Подпись врача

日期 Дата:

20\_\_年

月(месяц)

日(число)