

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)	
<div>1. 姓名 (Name):</div> <div>2. 性别 (Sex):</div> <div>3. 出生日期 (Birthday):</div> <div>4. 照片 (Photo):</div> <div>5. 检查日期 (Examination Date):</div> <div>6. 检查地点 (Examination Place):</div> <div>7. 检查医生 (Examination Doctor):</div> <div>8. 检查结果 (Examination Result):</div> <div>9. 备注 (Remarks):</div> <div>10. 其他 (Others):</div>						

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

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

检查结果 Exam results	检查结果 Exam results	检查结果 Exam results
----------------------	----------------------	----------------------

检查结果 Exam results	检查结果 Exam results	检查结果 Exam results
----------------------	----------------------	----------------------