نکته

پرکردن این فرم، صرفا جهت تکمیل‌کردن مدارک و ارائه به دانشگاه است و هیچ‌گونه مسئولیتی برای پزشک و متقاضی ایجاد نمی‌کند.

محل الصاق عکس با مهر پزشک

外 国 人 体 格 检 查 记 录

PHYSICAL EXAMINATION RECORD FOR FOREIGNER

توسط متقاضی، تکمیل شود

姓名 Name	性别 Sex ❑ 男 Male ❑ 女 Female	出生日期 Date of birth 年 Y 月 M 日 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		

در تمامی آیتم های زیر، باید گزینه‌ی No تیک بخورد.

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	❑ No	❑ Yes	菌痢	Bacillary dysentery	❑ No	❑ Yes
小儿麻痹症	Poliomyelitis	❑ No	❑ Yes	布氏杆菌病	Brucellosis	❑ No	❑ Yes
白喉	Diphtheria	❑ No	❑ Yes	病毒性肝炎	Viral hepatitis	❑ No	❑ Yes
猩红热	Scarlet fever	❑ No	❑ Yes	产褥期链球菌感染	Puerperal streptococcus infection	❑ No	❑ Yes
回归热	Relapsing fever	❑ No	❑ Yes				
伤寒和付伤寒	Typhoid and paratyphoid fever	❑ No	❑ Yes	流行性脑脊髓膜炎	Epidemic cerebrospinal meningitis	❑ No	❑ Yes

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 ”)

毒物瘾	Toxicomania			❑ No	❑ Yes
精神错乱	Mental confusion			❑ No	❑ Yes
精神病	Psychosis：	躁狂型	Manic psychosis	❑ No	❑ Yes
		妄想型	Paranoid psychosis	❑ No	❑ Yes
		幻觉型	Hallucinatory psychosis	❑ No	❑ Yes

身高 Height	厘米 cm	体重 Weight	公斤 kg	血压 Blood pressure	毫米 mmHg

OMIDAR
INSTA: OMIDAR.IR

发育情况 Development	营养情况 Nourishment	颈部 Neck
视力 Vision 左 L / 右 R	矫正视力 Corrected vision 左 L / 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

در مقابل تمامی آیتم‌های زیر، باید کلمه‌ی Normal درج شود.

در صورت داشتن ضعف بینایی، شماره‌ی چشم درج شود.

در مقابل تمامی آیتم‌های این کادر، باید کلمه‌ی Normal درج شود.

脊 柱 Spine	四 肢 Extremities	神 经 系 统 Nervous system
其 它 所 见 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、梅毒血清学诊断） Laboratory exam. (HIV, Syphilis serodiagnosis)			

در قسمت آزمایش‌ها عبارت No abnormal findings are observed درج شود.

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:

اینجا کلمه‌ی Normal درج شود و هیچ‌یک از گزینه‌های زیر هم تیک نخورد.

- ❑ 霍 乱 Cholera
- ❑ 黄热病 Yellow fever
- ❑ 鼠 疫 Plague
- ❑ 麻 疯 Leprosy
- ❑ 性 病 Venereal disease
- ❑ 开放性肺结核 Opening lung tuberculosis
- ❑ 艾 滋 病 AIDS
- ❑ 精 神 病 Psychosis

意 见
Suggestion

The patient medical history is completed. All the Laboratory tests which were asked are conducted on (اسم متقاضی) and he/she is in perfect health. There is no abnormality or disease which can cause him/her not being able to study in medical fields.

检查单位盖章
Official stamp

محل درج مهر پزشک

医 师 签 字
Signature of physician

محل امضاء پزشک

日期
Date

محل درج تاریخ به میلادی

نکته دقت کنید مهر و امضاء و تاریخ‌ها در محل دقیق خود درج شوند.

OMIDAR
INSTA: OMIDAR.IR