

附件 4:

安徽外国语学院外籍交换生健康信息调查表

HEALTH PROFILE FOR FOREIGN EXCHANGE STUDENTS TO ANHUI INTERNATIONAL STUDIES UNIVERSITY

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日 期 DOB		照片 Photo																														
现在通信地址 Present mailing address																																				
国籍 Nationality		出生地 Birth Place		血型 Blood type																																
<p>过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“是”或“否”） Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered with “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20%;">斑疹伤寒 Typhus fever</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 20%;">菌痢 布氏杆菌 病 Brucellosis</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>小儿麻痹 症 Diphtheria</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>病毒性肝 炎 Puerperal</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>白喉 Scarlet fever</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>产褥期链 菌 infection</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>猩红热 Relapsing fever</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>回归热</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							斑疹伤寒 Typhus fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌痢 布氏杆菌 病 Brucellosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	小儿麻痹 症 Diphtheria		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝 炎 Puerperal		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	白喉 Scarlet fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链 菌 infection		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	猩红热 Relapsing fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	回归热		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
斑疹伤寒 Typhus fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌痢 布氏杆菌 病 Brucellosis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
小儿麻痹 症 Diphtheria		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝 炎 Puerperal		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
白喉 Scarlet fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链 菌 infection		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
猩红热 Relapsing fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	伤寒和副伤寒 Typhoid and paratyphoid fever		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
回归热		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	流行性脑脊髓膜炎 Epidemic cerebrospinal meningitis		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
<p>是否患有下列危机公共秩序和安全的病症：（每项后面请回答“是”或“否”） Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered with “Yes” or “No”)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 40%;">毒 物 癮</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td style="width: 20%;">Toxicomania</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 错 乱</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>Mental confusion</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>精 神 病 Psychosis:.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td>躁 狂 型 Manic</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> <tr> <td>Psychosis.....</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/>No<input type="checkbox"/>Yes</td> </tr> </table>							毒 物 癮		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Toxicomania		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精 神 错 乱		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Mental confusion		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	精 神 病 Psychosis:.....		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	躁 狂 型 Manic		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Psychosis.....		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes						
毒 物 癮		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Toxicomania		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
精 神 错 乱		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	Mental confusion		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
精 神 病 Psychosis:.....		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	躁 狂 型 Manic		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															
Psychosis.....		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes																															

妄想型 Paranoid psychosis.....
幻觉型 Hallucinatory psychosis.....
抑郁症 Depression.....

是否患有其他需要定期治疗的疾病？如果有，请在下方备注。
Do you have any other medical conditions that require regular treatment? If **YES**, please
comment below.

姓名/Name:

日期/Date: YY MM DD

签名/Signature: