



多米尼加联邦  
财政部  
投资公民组

D3. 医学问卷

该医疗问卷由注册医生以英文填写。任何附加信息都可以在另一张纸上提交。执业医生必须要求申请人提供身份证明（例如护照）。

全名	<input type="text"/>		
住址	<input type="text"/>		
居住国家	<input type="text"/>		
出生日期	<input type="text"/>	性别	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
护照号码/国家 身分征	<input type="text"/>	发出日期 及地点	<input type="text"/>
职业	<input type="text"/>	高度(厘米)	<input type="text"/>
婚姻状况	<input type="text"/>	重量(千克)	<input type="text"/>
电邮地址	<input type="text"/>		

### A部分：健康声明

请医务审查员提出以下问题，或者如果之前已回答过，请进行复查。如果以下任何问题的答案为“是”，请提供详细信息和日期。

1. 您目前有健康问题吗？ 是  否

2. 你曾否住过医院吗 是  否

3. 在最近三年中您看过医生吗？ 是  否

4. 您是否患有以下任何一种疾病？

- |                            |                            |                            |                        |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a) 肺结核病                    | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | l) 任何过敏，哮喘或肺部疾病        | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| b) 麻风                      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | m) 心血管疾病，动脉高血压         | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| c) 肝炎（请注明类型）               | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | n) 肝，胃或肠道疾病            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| d) 伤寒，痢疾或任何其他传染病或传染病       | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | o) 伤寒，痢疾或任何其他传染性或传染性疾病 | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| e) 艾滋病或与艾滋病相关的状况，任何免疫缺陷综合症 | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | p) 尿道疾病                | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| f) 遗传或家族疾病                 | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | q) 性病                  | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| g) 耳聋或慢性耳部疾病               | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | r) 风湿病，肌肉，关节或骨骼疾病      | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| h) 失明或眼病                   | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | s) 皮肤病                 | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| i) 任何癌症：良性 / 恶性            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | t) 整容手术                | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| j) 头痛，偏头痛，癫痫或头晕            | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> | u) 任何其他疾病或失调           | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |
| k) 神经或精神疾病或失调              | 是 <input type="checkbox"/> | 否 <input type="checkbox"/> |                        |                            |                            |

如果以上任何一项都为“是”，请提供详细信息和日期。

**B部分：体格检查**

如果对以下任何一项表示“是”，请提供详细信息和日期。

5. 皮肤-是否有皮肤病的迹象？ 是  否

6. 呼吸系统-是否有异常迹象（包括鼻子和肺部）？ 是  否

7. 心血管系统-是否有异常迹象（包括脉搏，血压，心脏杂音）？ 是  否

8. 消化器官和腹部-是否有异常迹象？ 是  否

9. 神经系统和感觉器官-是否有异常迹象？ 是  否

10. 泌尿生殖器官-是否有异常迹象？

是  否

尿液分析:

蛋白

糖

沉淀

11. 肌肉骨骼系统-是否有异常迹象？

是  否

12. 内分泌系统-是否有异常迹象，包括甲状腺？

是  否

13. 各种-有异常迹象吗？

是  否

14. 最终评估

15. 评语

重要提示：体检医师必须附上以下原件结果：

- i) 对所有12岁以上的申请人进行HIV检测
- ii) Routine blood and urine test
- iii) Immunization schedule against the following:
  - Diphtheria
  - Tetanus
  - Hepatitis

### Part C: Medical examiner's details and declaration

Full Name of Medical Examiner

Organisation Address

Telephone No.

Fax No.

Email Address

I, the Medical Examiner, certify that I have identified, questioned and examined the applicant and answered all of the questions and supplied all of the information to the best of my knowledge and in good faith.

Date of Examination

Signature of Medical Examiner

Place of Examination

Stamp of Medical Examiner

Examiner's designation / qualification

Examiner's license number or certification