

体检证明



安提瓜和巴布达政府

安提瓜和巴布达公民注册申请
公民身份投资计划

仅供官方使用	
参考编号	
代理人执照号码	
收取日期	

体检证明

该体检证明表需要由注册执业医师用**英文**填写完成。如果必要，请另附一页补充信息。每人（包括儿童）都需要填写一份表格。请注意，该执业医师必须要求检查带有照片的身份证明（例如护照或身份证）。

A 部分：你的个人信息

A1. 姓/姓氏 (如护照所示)		A2. 名/名字 (如护照所示)			
A3. 出生地点	A4. 出生国家	A5. 出生日期			A6. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		DD 日	MM 月	YYYY 年	
A7. 主要居住地址		A8. 护照信息-签发国和护照号码			
A9. 主要医生或医师姓名		A10. 主要医生或医师地址			

B 部分：健康声明

体检医生需要问以下问题，并确认这些问题是否以前被回答过。如果以下任何问题的回答为是，请提供细节（如有必要，请另外使用一页纸）和日期。

B1. 过去/目前状况：你是否曾经、或者目前有以下情况：
肺结核 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
肝炎（甲型、乙型或丙型） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
伤寒 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
任何其他传染性疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
任何其他心脏病（包括先天性缺陷） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
中风 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

任何免疫缺陷疾病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
癌症 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
AIDS/ HIV 艾滋病 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

如果该表格或者附加表格填写完后仍然有更多信息要补充，请勾选此处

重要事项：你需要附上艾滋病体检结果的原件，并清晰显示出姓名。请注意在递交时，艾滋病体检结果不得超过**3个月**。

B2. 你最近是否在服用任何处方药？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B3. 你最近是否有任何其他重大健康问题？（除了 B1 提到的以外） <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B4. 你过去 5 年是否曾住院？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B5. 过去 3 年除了例行体检以外，你有没有因为疾病看过医生？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B6. 针对女性申请者--你是否怀孕？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是，预产期是什么时间？
B7. 你是否有酒精或毒品依赖者（包括麻醉剂）？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
B8. 任何其他可能与体检相关的信息？

如果该表格或者附加表格填写完后仍然有更多信息要补充，请勾选此处

C 部分：申请声明、日期和签名

- 我声明我在该表格中所提供的信息是正确的。
- 我明白如果我提供了虚假或误导信息，我的申请有可能被拒绝。
- 我同意体检医生与我的治疗医生联系，讨论并获取更多有可能作为我申请的一部分，与我的健康评估相关的任何健康状况信息。

地点和日期	申请人签名

16 岁以下儿童的父母或法定监护人需要在此处签名	与该儿童的关系

[This section left deliberately blank]

[该部分故意留出空白]

Section D: Medical Examination D 部分：医学检查

The Medical Examiner is required to examine the applicant generally and to answer the following questions. Give details and dates if any of the questions below are answered with a Yes, either in the space provided or on attached sheets 体检医生需要对申请人做一般体检，并回答以下问题。如果以下任何问题的回答为“是”，请在空白位置或附加表格上填写详细信息及日期。

D1. Weight (in kg) 体重（公斤）	D2. Height (in cm) 身高（厘米）
D3. Skin-Are there any signs of skin disease? 皮肤-你是否有任何皮肤疾病的痕迹? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No	
D4. Respiratory system – Any sign of abnormalities, including nose and lungs? 呼吸系统 – 是否有任何包括鼻子和肺部等在内的异常症状? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No	
D5. Cardiovascular system – Any signs of abnormalities, including pulse, blood pressure, heart murmurs? 心血管系统- 是否有任何包括脉搏、血压、心杂音等在内的异常症状? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No	
D6. Digestive organs and abdomen – Any signs of abnormalities? 消化器官和腹部 – 是否有任何异常症状? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No	
D7. Urogenital organs – Any signs of abnormalities? 泌尿生殖器官 – 是否有任何异常症状? <input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No	

<p>D8. Nervous system and sense organs - Any signs of abnormalities? 神经系统和感觉器官 - 是否有任何异常症状?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>D9. Musculoskeletal system - Any signs of abnormalities? 肌肉骨骼系统 - 是否有任何异常症状?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>D10. Endocrine system - Any signs of abnormalities? 内分泌系统 - 是否有任何异常症状?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>D11. Various - Any other signs of abnormalities? 多种疾病 - 是否有任何异常症状?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>D12. Contagious disease - Any sign of contagious diseases? 接触性传染病 - 是否有任何异常症状?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes 是 <input type="checkbox"/> No</p>
<p>D12. Final evaluation 最终评估</p>

Please tick here if there is more information at the end of this form or on an attached sheet

如果该表格或者附加表格填写完后仍然有更多信息要补充, 请勾选此处

Section E: Medical Examiner Details and Declaration E 部分: 体检医生详细信息及声明

E1. Full name of medical examiner 体检医生全名	
E2. Organization 所属医院	
E3. Position 职位	
E4. Address 地址	
E5. Telephone number 电话号码	E6. Fax number 传真号码

I hereby confirm that I have identified, questioned and examined the applicant and have answered all questions to the best of my knowledge and in good faith. I confirm that the photograph below represents a true likeness to the person examined.

我在此证实，我已识别、询问了申请人并对其做了检查，并且尽我所知、诚实地回答了所有问题。我确认以下照片是体检者本人的真实照片。

Place and date 地点和日期

Signature of medical examiner 体检医生签名

Stamp of medical examiner (if applicable)

体检医生盖章（如适用）

**Attach
Photograph here
此处粘贴照片
35mm ×45mm
35 毫米× 45 毫米**

[This page left deliberately blank]
[该页故意留出空白]

