



格林纳达 - 投资公民

根据2013年《格林纳达投资法》第5条（第15法案），通过格林纳达投资公民计划成为格林纳达公民身份的申請。

医疗-表格4

指引：医疗健康证明必须由注册医生填写，并由法律授权的医生或医生助理签署，在没有监督的情况下进行医疗检查。

每位申請人(包括兒童)均须提供一份医疗健康证明。

医生必須通過過去的個人或專業關係验证, 或通過檢查足以使從業者滿意檢查者的身份的證明文件, 确认知道該檢查人的身份。

A部分:个人信息

| | |
|---|-------------------------|
| A1. 全姓氏, 如护照上的 | A2. 全名字(第一)和中间名字, 如护照上的 |
| A3. 出生地点和国家 | A4. 出生日期 (DD/MM/YYYY) |
| A5. 性别 <input type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女 | A6. 护照号码 |
| A7. 护照签发地 | A8. 护照到期日期 |

指引：体检医师必须提出以下问题并在给出的答案上做标记。 如果对任何问题的回答为“是”，则必须提供详细信息，包括医疗诊断和日期。

| | |
|--------------------------------------|---|
| A9. 您目前是否有严重的健康问题 | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| A10. 在過去三年中，除了常規檢查之外，您是否曾看過醫生？ | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| A11. 在過去的五年中，您是否被送進醫院或其他醫療機構進行治療或診斷？ | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |
| A12. 您是否患有肺結核，肝炎，傷寒或任何其他傳染病？ | <input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 |



| | | | |
|--|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| A13. 您是否已被診斷出患有 人类免疫缺陷病毒(HIV), 细胞白血病病毒(HTLV), 艾滋病(AIDS), 與艾滋病相關的疾病或任何免疫缺陷綜合症? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A14. 你是否患有或曾经患有 任何神经或精神疾病或精神障碍? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A15. 身高 (厘米) | A16. 体重(公斤) | | |
| A17. 您的视力曾否受损并且没有得到矫正? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A18. 心血管疾病——任何异常或异常的迹象(包括与血压、脉搏或心脏杂音有关) | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A19. 消化系统和腹部——有任何异常或迹象吗?肌肉骨骼系统-有任何异常或异常的迹象吗? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A20. 肌肉骨骼系统-有任何异常或异常的迹象吗? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A21. 内分泌系统是否有异常或异常的迹象? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A22. 神经系统和感觉器官——是否有异常或异常的迹象? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A23. 一般健康和其他系统——是否有异常或异常迹象? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |
| A24. 皮肤、指甲和头发——有任何异常或异常迹象吗? | | <input type="radio"/> 是 | <input type="radio"/> 否 |

**A25. 意见及最终评核**

A26. 注意：体检医师必须审查可正确识别此申请人, 且在检查后三（3）个月内进行的HIV / AIDS测试的结果。只有当测试结果明确为阴性时, 请勾选“否”, 否则勾选“是”, 并可在意见及最终评核部分或在另一张纸上作出注明。

是 否

B部分：体检医师的详细信息**B1. 姓名(全)****B2. 机构****B3. 职位****B4. 地址****B5. 牌照号码或证照(如适用)****B6. 电话号码****B7. 传真号码****体检医师证书**

我在此证明, 我已经确认, 询问并检查了申请人, 并已回答所有问题, 并据我所知并真诚地提供了所有信息。

体检医师签名和盖章:

检测地点

检测日期