



圣卢西亚

投资公民计划

体检检查医生
明细和声明

SL8

1. 申请人详情

姓氏 (在出生证上所显示的)

名字或教名 (在出生证上所显示的)

出生地

出生国家

出生日期 (日日/月月/年年年年)

性别

目前居住地址

街道地址

城市

州/省

国家

邮政编码

护照详细资料

签发国家

护照编号

2. 体检医生详细资料

随表附上体检医生的专业资格证书的公证副本

体检医生全名

机构

職位 電話號碼 傳真號碼

機構地址 城市 州/省

國家 Zip Code 郵政編碼

體檢日期 體檢地點

體檢醫生的職位 / 資歷 體檢醫生的執照號碼或證書

3. 醫學檢查

體檢醫生需檢查申請人並回答以下問題。如果有下列問題的答案是肯定的，請提供詳細信息，在提供的空間或在附加紙張上。

申請人體重 申請人體高

3.1 是否有任何跡象：

| | 是 | 否 |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1.1 皮膚病? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.2 異常的呼吸系統，包括鼻子和肺? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.3 異常的心血管系統，包括脈搏、血壓、心雜音? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.4 異常的消化器官和腹部? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.1.5 异常的泌尿生殖器官? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.6 异常的神经系统和感觉器官? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.7 异常的肌肉骨骼系统? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.8 异常的内分泌系统? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.9 传染病? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.1.10 任何其他异常? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.2 您曾经有，或您目前有，任何以下情况：

| | 是 | 否 |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.1 肺结核 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.2 肝炎（甲、乙、丙） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.3 伤寒? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.4 其他传染病? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.5 其他心脏疾病（包括先天性缺陷）? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.6 中风? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.7 任何免疫缺陷病? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.8 艾滋病? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.9 你是否正在服用任何处方药吗? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.10 你是否目前有其他严重的健康问题吗？（除以上所列外） | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 3.2.11 你在近 5 年内曾住院吗？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.12 你有没有在过去三年内除日常体检外因其他的事看过医生？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.13 对女性申请人 - 你怀孕了吗？如果是，什么是预期的出生日期？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.14 你依赖酒精或药物吗（包括毒品）？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3.2.15 是否有任何进一步可能是医学相关的信息？ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | | |

我在此确认我已经鉴定、询问及检查过申请人并尽我的知识和真诚地回答了所有问题。

体检医生签署

体检医生盖章