

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ДЛЯ ИНОСТРАНЦА

И.Ф.О	М. Пол	Ж.	Дата рождения (уууу-мм-дд)	Фото	
Текущий почтовый адрес					
Национальность	Место рождения				
Группа крови					
Болели ли вы когда-либо любым из следующих заболеваний? (На каждый пункт следует ответить «да» или «нет»)					
Сыпной тиф	Нет	Да	Бактериальная дизентерия	Нет	Да
Полиомиелит	Нет	Да	Бруцеллез	Нет	Да
Дифтерия	Нет	Да	Вирусный гепатит	Нет	Да
Скарлатина	Нет	Да			
Возвратный тиф	Нет	Да	Последовательная стрептококковая инфекция	Нет	Да
Брюшной тиф и паратиф	Нет	Да	Менингококковый менингит	Нет	Да
Есть ли у вас одно из следующих заболеваний или расстройств, угрожающих общественному порядку и безопасности? (На каждый пункт следует ответить «Да» или «Нет»)					
Токсикомания.....				Нет	Да
Спутанность сознания.....				Нет	Да
Психоз			Маниакальный психоз.....	Нет	Да
			Параноидальный психоз.....	Нет	Да
			Галлюцинации.....	Нет	Да
Рост	см	Вес	kg	Кровяное давление	mmHg
Развитие		Питание		Шея	
Зрение	Л.	Исправленное зрение	Л.	Глаза	
	П.		П.		
Цветовое восприятие		Кожа		Лимфатический узел	
Ухо		Нос		Миндалевидная железа	
Сердце		Легкие		Живот	

