





<b>A13.</b> 您是否已被诊断患有HIV, HTLV, 艾滋病, 艾滋病相关的疾病, 或任何免疫缺陷综合症?	是                  否
<b>A14.</b> 您是否患有或曾患有任何神经或精神疾病或困扰?	是                  否
<b>A15.</b> 身高 (厘米)	<b>A16.</b> 体重 (公斤)
<b>A17.</b> 您有否视力受损且未纠正?	是                  否
<b>A18.</b> 心血管 - 是否有任何异常, 或体征 (包括与血压, 脉冲或心脏杂音相关的)	是                  否
<b>A19.</b> 消化系统和腹腔 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否
<b>A20.</b> 肌肉骨骼系统 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否
<b>A21.</b> 内分泌系统 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否
<b>A22.</b> 神经系统和感觉器官 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否
<b>A23.</b> 一般健康状况和其他系统 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否
<b>A24.</b> 皮肤, 指甲和毛发 - 是否有任何异常, 或体征?	是                  否



**A25. 评价和最终评估**

**A26. 注意：** 体检医师务必审查能正确识别该名申请者身份的HIV/AIDS结果，且该审查必须是在HIV/AIDS体检后3个月内执行。只有在检测结果明确显示为阴性时选择NO,否则请选择YES，请在评价和评估一栏或者另页加以说明。

是

否

**第二部分：体检医师详情**

**B1. 姓名**

**B2. 组织**

**B3. 职位**

**B4. 地址**

**B5. 执业许可证号或证书（如适用）**

**B6. 电话号码**

**B7. 传真号码**

**体检医师证明**

特此证明，本人已鉴定，询问且检查过申请人，已回答了所有的问题，且已尽我所知真诚地提供了所有的信息。

体检医师签字盖章：

体检地点

体检日期