中国戏曲学院外国留学生硕士学位项目申请表

1. 姓：
2. 名：
3. 性别：□男 □女
4. 国籍：
5. 护照号码：
6. 宗教信仰：
7. 出生日期：
8. 出生国家和城市：
9. 家庭电话：
10. 邮箱：
11. 微信号（如有）：
12. 当前居住地址：
13. 本国家庭地址：
14. 当前职业：
15. 最后学历：
16. 当前汉语水平：□HSK5 □HSK6-7 □HSK8-9

备注: HSK 为中国国家汉办设立的系列汉语水平考试。申请硕士学位项目者须具有至少 HSK 5 汉语水平。

请根据当年招生简章填写拟报考的系部和专业

学位项目名称：

系部：

我保证申请表中所填写的内容和提供的全部材料真实无误。

申请人本人签字： 日期：

说明：如需财政资助，申请人在获得入学录取通知书后可申请奖学金。

在华事务担保书

担保人申明：

本人愿意作为_____（国籍）来华留学生_____（姓名）在中国戏曲学院学习期间的事务担保人，并担保如下事项：

1．监督该生不做来华学习目的以外的活动并遵守中国的法律；

2．督促该生努力学习并遵守学校的各项规章制度；

3．督促该生按时缴纳各项费用，如该生不能支付将由本人负责支付；

4．负责该生在校学习期间发生事故的处理工作。

担保人资料

姓名:

性别:

年龄:

国籍:

与被担保学生关系:

工作单位:

家庭住址:

电话:

电子邮件:

签名:　　日期:

说明

1．凡与此学生有关系的成年人或合法机构，无论在中国境内还是境外，均可作为该生的担保人；

2．担保人记录应如实填写，并需附有担保人有效证件的复印件。

体 检 表 模 板

（申请人在本国的体检项目须包括如下内容）

姓 名		性别	□男 □女	出 生 日 期	
护照号				血 型	
国 籍		出生地址			

过去是否患有下列疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）

斑疹伤寒 □否；□是
回归热□否；□是
小儿麻痹症□否；□是
菌痢□否；□是
白喉□否；□是
布氏杆菌病□否；□是
猩红热□否；□是
病毒性肝炎□否；□是
伤寒和副伤寒□否；□是
流行性脑脊髓膜炎□否；□是
产褥期链球菌感染□否；□是

是否过去患过或现在正在患有下列危及公共秩序和安全的疾病：（每项后面请回答“否”或“是”）

毒物瘾□否；□是
精神错乱□否；□是
精神类疾病，包括：
躁狂型□否；□是
妄想症□否；□是
幻觉症□否；□是
其他种类□否；□是，具体名称是：

身高 厘米	体重 公斤	血压 毫米汞柱
发育情况	营养情况	颈部
视力 左： 右：	矫正视力 左： 右：	眼
辩色力	皮肤	淋巴结
耳	鼻	扁桃体
心	肺	腹部

脊柱	四肢	神经系统
其它所见		

胸部X线检查结果（附检查报告单）		心 电 图	
化验室检查包括艾滋病、梅毒等血清学检查）			

是否在此次检查中发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病：

霍乱□否；□是

性病□否；□是

黄热病□否；□是

肺结核□否；□是

鼠疫□否；□是

艾滋病□否；□是

麻风□否；□是

精神病□否；□是

体检结论：

医师签字： **日期：**

体检机构名称：

（体检机构印章）

National Academy of Chinese Theatre Arts (NACTA) International Student Master's Program Application Form

1. **Surname (Family Name):**
2. **Given Name:**
3. **Gender:** □ Male □ Female
4. **Nationality:**
5. **Passport Number:**
6. **Religious Belief:**
7. **Date of Birth (DD/MM/YYYY):**
8. **Country and City of Birth:**
9. **Home Phone Number:**
10. **Email:**
11. **WeChat ID (if any):**
12. **Current Residential Address:**
13. **Permanent Address in Home Country:**
14. **Current Occupation:**
15. **Highest Level of Education Completed:**
16. **Current Chinese Proficiency Level:** □ HSK5 □ HSK6-7 □ HSK8-9
    Note: The HSK is a series of Chinese proficiency tests established by the Chinese National Office for Teaching Chinese as a Foreign Language. Applicants for Master's programs must have an HSK level of 5 or higher.

Intended Program and Department

Please fill in the program and department you are applying for based on the latest admission guidelines.

Degree Program Name:
Department:

I hereby confirm that all the information provided in this application form and all submitted materials are true and accurate.

Signature of Applicant: _____ Date: _____

Note: If financial aid is required, applicants may apply for scholarships after receiving the admission letter.

Letter of Guarantee for International Students

Guarantor's Declaration:
I am willing to serve as the guarantor for the international student **_____ (name)** from **_____ (nationality)** during their study at the National Academy of Chinese Theatre Arts (NACTA) and affirm the following responsibilities:

1. To supervise the student to ensure they do not engage in activities unrelated to their study purposes in China and comply with Chinese laws.
2. To urge the student to study diligently and abide by all school rules and regulations.
3. To ensure the student pays all required fees on time; if they are unable to do so, I will cover the expenses.
4. To take responsibility for handling any incidents involving the student during their studies at NACTA.

Guarantor's Information

- **Name:**
- **Gender:**
- **Age:**
- **Nationality:**
- **Relationship to the Student:**
- **Employer/Organization:**
- **Home Address:**
- **Phone Number:**
- **Email Address:**

Signature: _____ Date: _____

Notes:

1. The guarantor can be any adult or legal organization related to the student, whether within or outside of China.
2. The guarantor's information must be filled out truthfully, and a copy of the guarantor's valid ID must be attached.

Health Examination Form Template

Full Name:
Gender: □ Male □ Female
Date of Birth:
Passport Number:
Blood Type:
Nationality:
Place of Birth:

Past Diseases
Have you ever had any of the following diseases? (Answer "No" or "Yes")

- Typhus Fever □ No □ Yes
- Relapsing Fever □ No □ Yes
- Poliomyelitis □ No □ Yes
- Bacillary Dysentery □ No □ Yes
- Diphtheria □ No □ Yes
- Brucellosis □ No □ Yes
- Scarlet Fever □ No □ Yes
- Viral Hepatitis □ No □ Yes
- Typhoid and Paratyphoid Fever □ No □ Yes
- Epidemic Cerebrospinal Meningitis □ No □ Yes
- Puerperal Streptococcus Infection □ No □ Yes

Diseases Endangering Public Safety
Have you ever had, or do you currently have, any of the following diseases or disorders endangering public safety?

- Substance Addiction □ No □ Yes
- Mental Disorder □ No □ Yes
- Manic Psychosis □ No □ Yes
- Paranoid Psychosis □ No □ Yes
- Hallucinatory Psychosis □ No □ Yes
- Other (Specify): □ No □ Yes (Specify: _____)

Physical Measurements
Height (cm):
Weight (kg):
Blood Pressure (mmHg):

Examination Findings

Development:
Nutrition:

Neck:
Vision (L/R):
Corrected Vision (L/R):
Eyes:
Color Vision:
Skin:
Lymph Nodes:
Ears:
Nose:
Tonsils:
Heart:
Lungs:
Abdomen:
Spine:
Limbs:
Nervous System:
Other Observations:

Additional Tests

Chest X-Ray (Attach Report):
Electrocardiogram (ECG):
Laboratory Tests (Including serological tests for AIDS, Syphilis, etc.; Attach Reports):

Diseases Detected in Examination

- Cholera □ No □ Yes
- Venereal Disease □ No □ Yes
- Yellow Fever □ No □ Yes
- Pulmonary Tuberculosis □ No □ Yes
- Plague □ No □ Yes
- AIDS □ No □ Yes
- Leprosy □ No □ Yes
- Mental Illness □ No □ Yes

Conclusion of Examination：

Physician's Signature:
Date (D/M/Y):

Medical Institution Name:

(Stamp of the Medical Institution):

中国戯曲学院外国留学生修士課程申請書

1. **姓:**
2. **名:**
3. **性別:** □ 男 □ 女
4. **国籍:**
5. **パスポート番号:**
6. **宗教信仰:**
7. **生年月日（年/月/日）:**
8. **出生国および都市:**
9. **固定電話番号:**
10. **メールアドレス:**
11. **WeChat ID（任意）:**
12. **現住所:**
13. **母国の住所:**
14. **現在の職業:**
15. **最終学歴:**
16. **現在の中国語能力:** □ HSK5 □ HSK6-7 □ HSK8-9
    備考: HSK は中国国家漢弁が設立した中国語能力試験のシリーズです。修士課程申請者は最低 HSK5 以上の中国語能力が必要です。

志望課程および学部

最新の募集要項に基づき、志望する課程と学部を記入してください。
課程名:
学部:

私は本申請書に記載した内容および提出した全ての書類が真実であることを保証します。

申請者署名: _____ **日付:** _____

注: 財政支援が必要な場合は、合格通知書を受け取った後に奨学金を申請できます。

外国人留学生保証書

保証人の宣誓:
私は、外国人留学生 **_____（氏名）**（国籍: _____）が中国戯曲学院で学ぶ間、その保証人を務めることを承諾し、以下の事項を保証します。

1. 学生が学業以外の目的で活動せず、中国の法律を遵守するよう監督します。
2. 学生が努力して学業に励み、学院の規則を遵守するよう促します。
3. 学生が期限内に必要な費用を支払うよう保証します。万が一支払えない場合、私が費用を負担します。
4. 学生の学業中に発生する事故の処理を担当します。

保証人情報

- **氏名:**
- **性別:**
- **年齢:**
- **国籍:**
- **学生との関係:**
- **勤務先:**
- **住所:**
- **電話番号:**
- **メールアドレス:**

署名: _____ **日付:** _____

注意:

1. 保証人は、学生と関係のある成人または合法的な組織であり、中国国内外を問わず保証人になることができます。
2. 保証人情報は正確に記入し、有効な身分証明書のコピーを添付してください。

健康診断書テンプレート

氏名:
性別: □ 男 □ 女
生年月日:
パスポート番号:
血液型:
国籍:
出生地:

過去の病歴

次の疾病にかかったことがありますか？（各項目に「いいえ」または「はい」で答えてください）

- 発疹チフス □ いいえ □ はい
- 回帰熱 □ いいえ □ はい
- 小児麻痺 □ いいえ □ はい
- 細菌性赤痢 □ いいえ □ はい
- ジフテリア □ いいえ □ はい
- ブルセラ病 □ いいえ □ はい
- 猩紅熱 □ いいえ □ はい
- ウイルス性肝炎 □ いいえ □ はい
- 腸チフスおよびパラチフス □ いいえ □ はい
- 流行性脳脊髄膜炎 □ いいえ □ はい
- 産褥性連鎖球菌感染症 □ いいえ □ はい

公共の安全を脅かす疾病

次の疾病または障害にかかったことがありますか？

- 毒物中毒 □ いいえ □ はい
- 精神錯乱 □ いいえ □ はい
- 躁病性精神病 □ いいえ □ はい
- 妄想性精神病 □ いいえ □ はい
- 幻覚性精神病 □ いいえ □ はい
- その他（具体的名称） □ いいえ □ はい（_____）

身体測定

身長（cm）:
体重（kg）:
血圧（mmHg）:

診察結果

身体の発育状況:
栄養状態:
首:
視力（左/右）:
矯正視力（左/右）:
目:
色覚:
皮膚:
リンパ節:
耳:
鼻:
扁桃腺:
心臓:
肺:
腹部:
脊椎:
四肢:
神経系:
その他の所見:

追加検査

胸部 X 線（報告書を添付）:
心電図（ECG）:
検査室検査（エイズ、梅毒など; 報告書を添付）:

検査で発見された疾病

- コレラ □ いいえ □ はい
- 性病 □ いいえ □ はい
- 黄熱病 □ いいえ □ はい
- 肺結核 □ いいえ □ はい
- ペスト □ いいえ □ はい
- エイズ □ いいえ □ はい
- ハンセン病 □ いいえ □ はい
- 精神病 □ いいえ □ はい

健康診断の結論

医師の署名:
日付（年/月/日）:

医療機関名:

医療機関の印章:

ใบสมัครสำหรับนักศึกษาต่างชาติระดับปริญญาโท ณ สถาบันศิลปะการแสดงงิ้วแห่งประเทศจีน

1. นามสกุล:
2. ชื่อ:
3. เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง
4. สัญชาติ:
5. หมายเลขหนังสือเดินทาง:
6. ศาสนา:
7. วัน/เดือน/ปีเกิด:
8. ประเทศและเมืองที่เกิด:
9. หมายเลขโทรศัพท์บ้าน:
10. อีเมล:
11. WeChat ID (ถ้ามี):
12. ที่อยู่ปัจจุบัน:
13. ที่อยู่ในประเทศบ้านเกิด:
14. อาชีพปัจจุบัน:
15. วุฒิการศึกษาสูงสุด:

16. ระดับความสามารถภาษาจีนในปัจจุบัน: ☐ HSK5 ☐ HSK6-7 ☐ HSK8-9

หมายเหตุ: HSK เป็นการสอบวัดระดับความสามารถทางภาษาจีนที่จัดตั้งโดยสำนักงานภาษาจีนแห่งชาติของจีน ผู้สมัครระดับปริญญาโทต้องมีระดับ HSK5 ขึ้นไป

หลักสูตรและภาควิชาที่ต้องการสมัคร

กรุณากรอกหลักสูตรและภาควิชาที่ต้องการสมัครตามข้อมูลในคู่มือการรับสมัครล่าสุด

- ชื่อหลักสูตร:
- ภาควิชา:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลในใบสมัครนี้และเอกสารทั้งหมดที่ยื่นมาถูกต้องและเป็นความจริงทุกประการ

ลายเซ็นของผู้สมัคร: _____ วันที่: _____

หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน ผู้สมัครสามารถยื่นขอทุนการศึกษาได้หลังจากได้รับจดหมายตอบรับเข้าเรียนแล้ว

หนังสือรับรองสำหรับนักศึกษาต่างชาติ

คำรับรองของผู้ค้ำประกัน

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าเป็นผู้ค้ำประกันให้นักศึกษาต่างชาติ _____ (ชื่อ) สัญชาติ _____ ในระหว่างศึกษาที่สถาบันศิลปะการละครจีน โดยรับรองความรับผิดชอบดังต่อไปนี้:

1. ดูแลให้นักศึกษาไม่ทำกิจกรรมอื่นใดนอกเหนือจากการศึกษาตามวัตถุประสงค์ และปฏิบัติตามกฎหมายของจีน

2. สนับสนุนให้นักศึกษาตั้งใจศึกษาและปฏิบัติตามกฎระเบียบของสถาบัน

3. รับรองว่านักศึกษาชำระค่าใช้จ่ายตามกำหนด หากนักศึกษาไม่สามารถชำระได้ ข้าพเจ้าจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายนั้น

4. รับผิดชอบในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ฉุกเฉินระหว่างการศึกษาของนักศึกษา

ข้อมูลผู้ค้ำประกัน

- ชื่อ:
- เพศ:
- อายุ:
- สัญชาติ:
- ความสัมพันธ์กับนักศึกษา:
- สถานที่ทำงาน:
- ที่อยู่บ้าน:
- หมายเลขโทรศัพท์:
- อีเมล:

ลายเซ็นของผู้ค้ำประกัน: _____ วันที่: _____

หมายเหตุ

1. ผู้ค้ำประกันต้องเป็นผู้ใหญ่หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับนักศึกษา โดยอาจอยู่ในหรืออยู่นอกประเทศจีน

2. ผู้ค้ำประกันต้องกรอกข้อมูลตามความเป็นจริงและแนบสำเนาเอกสารแสดงตัวตนที่ถูกต้องของผู้ค้ำประกัน

แบบฟอร์มตรวจสุขภาพ

ชื่อสกุล:

เพศ: ☐ ชาย ☐ หญิง

วัน/เดือน/ปีเกิด:

หมายเลขหนังสือเดินทาง:

หมู่เลือด:

สัญชาติ:

สถานที่เกิด:

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ท่านเคยป่วยเป็นโรคต่อไปนี้หรือไม่? (ตอบ "ใช่" หรือ "ไม่ใช่")

- ไข้รากสาดใหญ่ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ไข้กลับ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โปลิโอ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- บิดจากเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- คอตีบ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- บรูเซลโลสิส ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ไข้อีดำอีแดง ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ตับอักเสบจากไวรัส ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ไข้ไทฟอยด์และไข้พาราไทฟอยด์ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- การติดเชื้อสเตรปโตคอคคัสในระยะหลังคลอด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

โรคที่เป็นอันตรายต่อความปลอดภัยสาธารณะ

ท่านเคยมีหรือปัจจุบันมีโรคหรือความผิดปกติต่อไปนี้หรือไม่?

- การติดสารเสพติด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ความผิดปกติทางจิต ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคจิตแบบคลุ้มคลั่ง ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคจิตแบบหลงผิด ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

- โรคจิตจากภาพหลอน ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- อื่น ๆ (โปรดระบุ): ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่ (_____)

การตรวจร่างกาย

ส่วนสูง (ซม.):

น้ำหนัก (กก.):

ความดันโลหิต (มม.ปรอท):

ผลการตรวจสุขภาพ

การพัฒนาทางร่างกาย:

สถานะโภชนาการ:

ลำคอ:

การมองเห็น (ซ้าย/ขวา):

การมองเห็นที่แก้ไขแล้ว (ซ้าย/ขวา):

ดวงตา:

การรับรู้สี:

ผิวหนัง:

ต่อมน้ำเหลือง:

หู:

จมูก:

ต่อมทอนซิล:

หัวใจ:

ปอด:

ช่องท้อง:

กระดูกสันหลัง:

แขนขา:

ระบบประสาท:

ข้อสังเกตเพิ่มเติม:

การตรวจเพิ่มเติม

ผลการตรวจเอกซเรย์ทรวงอก (แนบรายงาน):

ผลการตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (ECG):

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (รวมถึงการตรวจโรคเอดส์และซิฟิลิส; แนบรายงาน):

โรคที่พบในการตรวจสุขภาพ

- อหิวาตกโรค ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- ไข้เหลือง ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- วัณโรค ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- กาฬโรค ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคเอดส์ ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคเรื้อน ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่
- โรคจิต ☐ ไม่ใช่ ☐ ใช่

สรุปผลการตรวจสุขภาพ

ลายเซ็นแพทย์:

วันที่ (วัน/เดือน/ปี):

ชื่อสถานพยาบาล:

ตราประทับของสถานพยาบาล:

Formulir Aplikasi Program Magister untuk Mahasiswa Internasional di Akademi Seni Drama Tiongkok

1. **Nama Belakang (Surname):**
2. **Nama Depan (Given Name):**
3. **Jenis Kelamin:** □ Pria □ Wanita
4. **Kewarganegaraan:**
5. **Nomor Paspor:**
6. **Agama:**
7. **Tanggal Lahir:**
8. **Negara dan Kota Tempat Lahir:**
9. **Nomor Telepon Rumah:**
10. **Email:**
11. **Akun WeChat (jika ada):**
12. **Alamat Tempat Tinggal Saat Ini:**
13. **Alamat Rumah di Negara Asal:**
14. **Pekerjaan Saat Ini:**
15. **Tingkat Pendidikan Tertinggi yang Pernah Dicapai:**
16. **Kemampuan Bahasa Mandarin Saat Ini:**
    □ HSK 5 □ HSK 6-7 □ HSK 8-9
    Catatan: HSK adalah ujian kemampuan bahasa Mandarin yang diselenggarakan oleh Hanban (Pusat Bahasa Tiongkok Nasional). Pelamar program gelar magister diwajibkan memiliki tingkat HSK minimal 5.

Harap isi program studi dan departemen yang ingin Anda lamar sesuai panduan penerimaan tahun ini.

- **Nama Program Gelar:**
- **Departemen:**

Saya menjamin bahwa semua informasi yang diberikan dalam formulir ini benar dan sesuai dengan dokumen pendukung yang disertakan.
Tanda tangan pelamar: _____
Tanggal: _____

Catatan: Jika membutuhkan dukungan keuangan, pelamar dapat mengajukan beasiswa setelah menerima surat penerimaan resmi.

Surat Jaminan Penanggung Jawab di Tiongkok

Deklarasi Penanggung Jawab:
Saya bersedia menjadi penanggung jawab mahasiswa internasional _____ (nama pelajar) berkewarganegaraan _____ selama masa studi mereka di Akademi Seni Drama Tiongkok, dan dengan ini menjamin hal-hal berikut:

1. Mengawasi bahwa pelajar tidak terlibat dalam aktivitas di luar tujuan studi di Tiongkok dan mematuhi hukum di negara ini.
2. Memastikan bahwa pelajar belajar dengan sungguh-sungguh dan mematuhi semua peraturan akademi.
3. Memastikan bahwa pelajar membayar semua biaya yang diperlukan tepat waktu. Jika pelajar tidak mampu membayar, saya bertanggung jawab untuk melunasi semua biaya tersebut.
4. Bertanggung jawab atas penanganan kejadian atau insiden yang mungkin terjadi selama masa studi pelajar di kampus.

Informasi Penanggung Jawab

- **Nama:**
- **Jenis Kelamin:**
- **Usia:**
- **Kewarganegaraan:**
- **Hubungan dengan Pelajar yang Dijamin:**
- **Instansi Kerja:**
- **Alamat Rumah:**
- **Nomor Telepon:**
- **Email:**

Tanda Tangan Penanggung Jawab: _____
Tanggal: _____

Catatan:

1. Penanggung jawab mahasiswa dapat berupa individu dewasa atau organisasi resmi, baik di dalam maupun di luar Tiongkok.
2. Semua informasi penanggung jawab harus diisi dengan benar, dan salinan dokumen identitas penanggung jawab yang valid harus disertakan.

Formulir Pemeriksaan Kesehatan

Nama Lengkap:
Jenis Kelamin: □ Pria □ Wanita
Tanggal Lahir:
Nomor Paspor:
Golongan Darah:
Kewarganegaraan:
Tempat Lahir:

Riwayat Penyakit
Apakah Anda pernah menderita salah satu penyakit berikut ini? (Jawab "Ya" atau "Tidak")

- Tifus Rickettsia □ Tidak □ Ya
- Demam Berulang □ Tidak □ Ya
- Polio □ Tidak □ Ya
- Disentri Basiler □ Tidak □ Ya
- Difteri □ Tidak □ Ya
- Brucellosis □ Tidak □ Ya
- Demam Scarlet □ Tidak □ Ya
- Hepatitis Virus □ Tidak □ Ya
- Tifoid dan Paratifoid □ Tidak □ Ya
- Meningitis Serebrospinal Epidemi □ Tidak □ Ya
- Infeksi Streptococcus Puerperal □ Tidak □ Ya

Penyakit yang Membahayakan Keamanan Publik
Apakah Anda pernah atau saat ini menderita salah satu penyakit berikut yang membahayakan keamanan publik?

- Kecanduan Zat Berbahaya □ Tidak □ Ya
- Gangguan Mental □ Tidak □ Ya
- Gangguan Psikosis Manik □ Tidak □ Ya
- Gangguan Psikosis Paranoid □ Tidak □ Ya
- Gangguan Psikosis Halusinasi □ Tidak □ Ya
- Lainnya (Harap sebutkan): □ Tidak □ Ya (_____)

Pengukuran Fisik

Tinggi Badan (cm):
Berat Badan (kg):
Tekanan Darah (mmHg):

Hasil Pemeriksaan

Perkembangan Fisik:
Status Gizi:
Leher:
Penglihatan (Kiri/Kanan):
Penglihatan Terkoreksi (Kiri/Kanan):
Mata:
Warna Penglihatan:
Kulit:
Kelenjar Getah Bening:
Telinga:
Hidung:
Tonsil:
Jantung:
Paru-Paru:
Perut:
Tulang Belakang:
Ekstremitas:
Sistem Saraf:
Temuan Tambahan:

Pemeriksaan Tambahan

Hasil X-Ray Dada (Lampirkan Laporan):
Hasil Elektrokardiogram (ECG):
Hasil Tes Laboratorium (Termasuk tes serologi untuk AIDS, Sifilis, dll.; Lampirkan Laporan):

Penyakit yang Ditemukan dalam Pemeriksaan

- Kolera □ Tidak □ Ya
- Penyakit Menular Seksual □ Tidak □ Ya
- Demam Kuning □ Tidak □ Ya
- Tuberkulosis Paru □ Tidak □ Ya
- Pes □ Tidak □ Ya
- AIDS □ Tidak □ Ya
- Kusta □ Tidak □ Ya
- Penyakit Mental □ Tidak □ Ya

Kesimpulan Pemeriksaan Kesehatan

Tanda Tangan Dokter:
Tanggal (D/M/T):

Nama Lembaga Medis:

(Stempel Lembaga Medis):