

**声明：**此文件的目的在于让学生了解马来西亚入境中国所需要进行的体格检查事宜及注意事项，内容仅供参考，请以最新官方信息为准。

---

## 一. 为何需要做体检？

- (1) 学生入境中国后，必须在 30 日内申请办理外国人居留许可证件，《外国人 体格检查表》是办理证件必须的申请材料之一。
- (2) 个别大学可能在学生提出入学申请时，要求学生先提交体检表，以证明申 请人身体健康情况。

## 二. 谁需要做体检？

- (1) **学习时间少于 6 个月：**一般不需做体格检查。
- (2) **学习时间超过 6 个月：**必须进行体格检查。
- (3) 已经入学并获得居留许可的同学，不需要再次进行体格检查，但取得居留 许可时未满十八周岁的同学还需进行体格检查。

## 三. 体检须在入境中国前或入境后进行？

- (1) 学生可在入境中国后到当地医院进行体检，不过需要留意等待体检报告所 需时间，避免错过办理居留许可的期限而遭到有关当局罚款或驱逐出境。
- (2) 学生亦能先在马来西亚进行体检，届时只需要将体格检查报告原件提交给 当地医院进行验证，合格者当场领取验证结果获得《境外人员体格检查记 录验证证明》，不合格则需重新进行体检。

## 四. 马来西亚境内哪里可进行体检？

- (1) **吉隆坡同善医院：**提供一站式体检服务，3 天工作天可获得检查报告。  
官网：<https://www.tungshin.com.my>
- (2) **马来西亚政府医院：**需根据不同检测项目到不同部门挂号和检测，可能须 要分开数日进行检测。部分医院不主动提供心电图与 X-Ray 片，**务必向医 院索取。**  
政府医院名单请查询马来西亚卫生部官网：<https://www.moh.gov.my>

**声明：**此文件的目的在于让学生了解马来西亚入境中国所需要进行的体格检查事宜及注意事项，内容仅供参考，请以最新官方信息为准。

---

## 五. 体检步骤

### (1) 打印《外国人体格检查表》并填写个人信息

- ◇ 检查表两页要印在同一张 A4 纸，正反面打印，不要分开两张纸
- ◇ 表格须要用黑色笔填写

### (2) 联系医院进行预约，确认体检日期和时间

- ◇ 体检表有效期是六个月，超过六个月的不能用于办理居留许可

### (3) 前往医院完成健康检查

- ◇ 携带表格、白底个人近照、身份证前往医院检查
- ◇ 若要多领取一份报告，请在报到时就和医院申请
- ◇ 确认医院会提供心电图与 X-Ray 片原件
- ◇ 体检前请禁食至少 10 小时
- ◇ 向医院确认好领取报告的日期和时间

### (4) 领取检查报告

- ◇ 确认获得体检报告、心电图与 X-Ray 片原件
- ◇ 确认表格右上角照片上有盖医院的院章
- ◇ 确认表格最后栏目有医院院章、医生的签字、签字日期

### (5) 入境后办理居留许可

- ◇ 持 X1 签证的同学，在入境后 30 天内到出入境管理处办理居留许可。

# 外国人体格检查表

## FOREIGNER PHYSICAL EXAMINATION FORM

姓名 Name		性别 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	出生日期 Birthday		照片 (加盖检查单位印章)  Photo (Stamped Official Stamp)
现在通讯地址 Present mailing address						
国籍或地区 Nationality (or Area)		出生地 Birth place		血型 Blood type		
<p>过去是否患有下列疾病：(每项后面请回答“否”或“是”) Have you ever had any of the following diseases? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p>						
班疹 伤寒	Typhus fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 痢	Bacillary dysentery	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
小儿麻痹症	Poliomyelitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	布氏杆菌病	Brucellosis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
白 喉	Diphtheria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	病毒性肝炎	Viral hepatitis	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
猩 红 热	Scarlet fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	产褥期链球	Puerperal streptococcus infection		
回 归 热	Relapsing fever	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	菌 感 染		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
伤寒和付伤寒	Typhoid and paratyphoid fever				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
流行性脑脊髓膜炎	Epidemic cerebrospinal meningitis				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
<p>是否患有下列危及公共秩序和安全的病症：(每项后面请回答“否”或“是”) Do you have any of the following diseases or disorders endangering the public order and security? (Each item must be answered “Yes” or “No”)</p>						
毒物瘾	Toxicomania.....					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精神错乱	Mental confusion.....					<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
精神病	Psychosis: 躁狂型	Manic psychosis.....				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
	妄想型	Paranoid psychosis.....				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
	幻觉型	Hallucinatory.....				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
身高 Height	厘米 CM	体重 Weight	公斤 Kg	血压 Blood pressure	毫米汞柱 mmHg	
发育情况 Development	营养情况 Nourishment			颈部 Neck		
视力 左 L_____		矫正视力 左 L_____		眼 Eyes		
Vision 右 R_____		Corrected vision 右 R_____				
辨色力 Colour sense	皮肤 Skin			淋巴结 Lymph nodes		
耳 Ears	鼻 Nose			扁桃体 Tonsils		
心 Heart	肺 Lungs			腹部 Abdomen		

脊柱 Spine		四肢 Extremities		神经系统 Nervous system																	
其他所见 Other abnormal findings																					
胸部 X 线 检查结果 (附检查报告单) Chest X-ray exam (attached chest X-ray report)			心电图 ECC																		
化实验室检查 (包括艾滋病、 梅毒等血清学检查) Laboratory exam (attached test report of AIDS, Syphilis etc)																					
<p style="text-align: center;">未发现患有下列检疫传染病和危害公共健康的疾病： None of the following diseases of disorders found during the present examination.</p> <table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">霍乱</td> <td style="width: 30%;">Cholera</td> <td style="width: 20%;">性病</td> <td style="width: 30%;">Venereal Disease</td> </tr> <tr> <td>黄热病</td> <td>Yellow fever</td> <td>肺结核</td> <td>Lung tuberculosis</td> </tr> <tr> <td>鼠疫</td> <td>Plague</td> <td>艾滋病</td> <td>AIDS</td> </tr> <tr> <td>麻风</td> <td>Leprosy</td> <td>精神病</td> <td>Psychosis</td> </tr> </table>						霍乱	Cholera	性病	Venereal Disease	黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis	鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS	麻风	Leprosy	精神病	Psychosis
霍乱	Cholera	性病	Venereal Disease																		
黄热病	Yellow fever	肺结核	Lung tuberculosis																		
鼠疫	Plague	艾滋病	AIDS																		
麻风	Leprosy	精神病	Psychosis																		
意见 Suggestion   医师签字 Signature of physician			检查单位盖章 Official Stamp   日期 Date																		