**学生体格健康检查表**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_院 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_专业 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 班 NO.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 出 生  年月日 |  | | 像  片 |
| 民 族 | |  | | 出生地 | | 省 市 县（区） 乡 | | | | |
| 联系  电话 | |  | | 既往  病史 | |  | | | | |
| (以上信息由学生本人如实填写) | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 裸眼  视力 | 右 | | 矫 正  视 力 | | 右 | | 矫正度数 |  | 医师签字  1、眼科  2、耳鼻喉科  3、口腔科 |
| 左 | | 左 | | 矫正度数 |  |
| 其它  眼病 |  | | | | | 辨色力 | 红、黄、绿、蓝、紫 | |
| 耳 | 听力 | 左 公尺 | | | | | 耳 疾 | 左 | |
| 右 公尺 | | | | | 右 | |
| 鼻 | 嗅觉 |  | | | | | 鼻及鼻窦疾病 |  | |
| 口吃 |  | | | | | | 咽 喉 |  | |
| 口腔 | 唇 腭 |  | | | | | 门 齿 |  | |
| 外貌 | |  | | | | | 其 它 |  | |
| 外  科 | 身长 | 公分 | | 体 重 | | 公斤 | | 皮 肤 |  | | 医师签字 |
| 淋巴 |  | | 甲状腺 | |  | | 脊 柱 |  | |
| 四肢 |  | | | | | | | | |
| 关节 |  | | | | | | 平跖足 |  | |
| 其他 |  | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | | 毫米汞柱 | | 心 率 | | 次/分 | | 医师签字 |
| 发育及营养状 况 | |  | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | |
| 心脏及血管 | |  | | | | | |
| 腹 部  器 官 | | 肝 | | | | | |
| 脾 | | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | |
| 化验检查 | | 肝 功 | |  | | 其他检查 | |  | 医师签字 |
| 胸部放射  线 检 查 | | 医师签字 | | | | | | | |
| 腹 部  B超检查 | | 医师签字 | | | | | | | |
| 体检结论 | | 负责医师签字（盖章） | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | 体检医院（盖章） | | | | | | | |
| 备 注 | | 负责医师签字（盖章） | | | | | | | |

此报告仅对本次体检负责，祝您身体健康！ 体检日期 年 月 日