**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