体检项目表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | 性别 | |  | | | 年龄 |  | 照 片 |
| 学校 |  | | | 身份证号 | |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | 家庭住址 | |  | | | | |
| 一般检查 | 身 高 厘米 | | | | 体 重 kg | | | | | | 检查者： |
| 血 压 mmHg | | | | 心 率 次/分 | | | | | |
| 内科 | 心肺： | | | | | 神经系统： | | | | | 检查医师： |
| 腹部器官： | | 肝 |  | | 其他： | | | | |
| 脾 |  | |
| 外科 | 皮肤黏膜： | | 头颈： | | | | | 淋巴结： | | | 检查医师： |
| 甲状腺： | | 脊柱： | | | | | 四肢关节： | | |
| 肛门生殖器： | | 疝： | | | | | 其他： | | |
| 眼科 | 视力（裸眼） | 右 |  | | | | 左 |  | | | 检查医师： |
| 视力（矫正） |  | | | |  | | |
| 色觉 |  | | | |  | | |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 右耳 米 | | | | 左耳 米 | | | 检查医师： |
| 鼻 |  | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | | | |
| 口腔科 | 面部 | | | | | | | | | | 检查医师： |
| 口腔唇腭 | | | | 牙齿 | | | | | |
| 是否口吃 | | | | 发声是否嘶哑 | | | | | |
| 血常规 |  | | | | | | | | | | 附报告单 |
| 肝功 |  | | | | | | | | | | 附报告单 |
| 心电图 |  | | | | | | | | | | 附报告单 |
| DR胸部正位片 |  | | | | | | | | | | 附报告单 |
| 体检结果及结论：      （体检机构盖章）  主检医师签名 ： 年 月 日 | | | | | | | | | | | |