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  |