故城县医院

**健 康 体 检 表**

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 出生日期 年 月 日 | | | | | | | | 免  冠  照  片  医院骑缝章 |
| 文化程度 | |  | | 婚否 |  | 民族 |  | | 职业 | | |  | |
| 籍贯 | | 省 市  县 | | | 现住址 | | | | | | | | |
| 原毕业学校或工作单位 | |  | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | |  | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | 左 | | 矫正  视力 | 左 | | | | | 色觉 |  | | 医师签字: |
| 右 | | 右 | | | | |
| 砂眼 | 左 | | 其他  眼疾 | 左  右 | | | | | | | |
| 右 | |
| 耳 | 听力 | 左 米 | | 耳  疾 |  | | | | | | | | 医师签字: |
| 右 米 | |
| 鼻 | 嗅觉 |  | | 鼻及鼻  窦疾病 |  | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | 其他 |  | | | | | | | |
| 口  腔 | 龋齿 | | | 唇腭 |  | | | | | | 缺齿 |  | 医师签字: |
| 脓瘘 | | | 其他 |  | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | 厘米 | | | 胸围 | 厘米 | | | | | | 皮肤 |  | 医师签字: |
| 体重 | 千克 | | | 呼吸差 | 厘米 | | | | | |
| 淋巴 |  | | | 甲状腺 |  | | | | | | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | | | 关节 |  | | | | | | 扁平足 |  |
| 泌尿  生殖道 | |  | | | | | | | | | 肛门 |  |
| 疝 | |  | | 其他 |  | | | | | | | |
| 内  科 | 血压 | | 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 发育营  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 | |  | | | | | | | | | | |
| 实验室  检 查 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 放射学  检 查 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 超声学  检 查 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 心电学  检 查 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 其他检查 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字: |
| 体 检  结 论 | | | 负责医师签字 （公章） | | | | | | | | | | | |
| 审查单  位意见 | | | 负责医师签字 （公章） | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | |  | | | | | | | | | | | |

注: 请具体注明检查项目名称，完整填写检查结果和结论。