**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。