|  |
| --- |
| **平凉美年大健康体格检查表**第     号 |
| 姓 名 |   | 性 别 |   | 年 龄 |   | 婚 否 |   |   |
| 籍 贯 |   | 现 住 所 |   |
| 职 业 |   | 工作单位 |   |
| 一般情况及既往史（由大夫填） |   |
| 眼科 | 视 力 | 左右 | 色 盲 |   | 沙 眼 | 左右 | 矫 正视 力 | 左右 | 医生签字 |
| 五官 | 听 力 | 左右 | 耳 |   | 鼻 |   | 咽 喉 |   | 医生签字 |
| 口腔 | 口 吃 |   | 唇 |   | 龋 齿 |   | 齿脱落 |   | 医生签字 |
| 外    科 | 身 高 | 公分   | 体重      公斤 | 胸围 | 公分   | 医生签字 |
| 颈 部 |   | 胸 廓 |   | 腹 部 |   | 皮 肤 |   |   |
| 淋 巴 |   | 四 肢 |   | 脊 柱 |   | 缺 陷 |   |
| 泌尿生殖器 |   | 其 他 |   |
| 内    科 | 血 压 | mmHg   | 脉 搏 |   | 医生签字 |
| 心 脏 |   | 肺 |   |   |
| 肝 |   | 胆 |   | 脾 |   | 肾 |   |
| 神经及精  神 |   | 其 他 |   |
| 心 电 图 |   | 医生签字 |   | 肝 功 |   | 医生签字 |
| X线检查 |   | 医生签字 |
| 结论 |                   （盖章）                   总主检医师                年    月    日                                   |