

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照 片 |
| 民 族 |  | 电 话 |  | 身份证号 |  |
| 婚 否 |  | 籍 贯 |  |
| 现住所及通讯处 |  |
| 既往病史 | 心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、（ ） |
| 以上由本人如实填写，学校及所在单位负责审核 |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 | 色盲 |  | 医师意见：签名： |
| 右 |
| 矫正视力 | 左 | 其他眼病 |  |
| 右 |
| 耳 | 听力 | 左 | 耳疾 |  | 医师意见：签名： |
| 右 |
| 口鼻 | 嗅觉 |  | 颜面部 |  |
| 口吃 |  | 咽喉 |  |
| 唇颚 |  | 门齿 |  |
| 外科 | 身 高 | 公分 | 体 重 | 公斤 | 医师意见：签名： |
| 淋 巴 |  | 甲状腺 |  |
| 皮 肤 |  | 胸 廓 |  |
| 四 肢 |  | 脊 柱 |  |
| 关 节 |  | 外貌异常 |  |
| 皮 肤 |  | 其 他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 医师意见：签名： |
| 心 率（次）/分 |  |
| 发育及营养状况 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心 脏 |  |
| 其 他 |  |
| 心 电 图 |  | 医师签名： |
| 胸 片 |  | 医师签名： |
| 化验检查（另附化验单） | 血常规 | 血 糖 | 肝功（ALT AST ALP GGT） | 肾功（肌酐 尿酸 尿素） |
| 结 论 |  主检医师签名： |
| 体 检 医 院意 见 |  体检医院公章 年 月 日 |

说明：1.既往病史一栏，必须如实填写，并须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间，所在单位负责审核。

2.参加体检人员，查体当日须空腹。