（盖章）医院健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 照片 |
| 住址或单位 |  |
| 既往病史 |  |
| 检 查 科 目 | 签名 | 检 查 科 目 | 签名 |
| 血压 |  / mmHg |  | 身高 |  Cm |  |
| 脉搏 |  次/分 | 体重 |  Kg |
| 内 科 | 发 育 |  |  | 外科 | 头 颈 |  |  |
| 营 养 |  | 四 肢 |  |
| 心血管系 |  | 脊 柱 |  |
| 肺呼吸道 |  | 肛 门 |  |
| 腹部脏器 |  | 疝 气 |  |
| 神经精神 |  | 淋 巴 |  |
| 其 他 |  | 皮 肤 |  |
| 视力 | 左 | 其 他 |  |
| 眼 | 视力 | 左 | 矫正视力 | 左 |  | 鼻 | 左 | 右 |  |
| 右 | 右 | 咽 |  |  |
| 砂眼 | 左 | 色觉 |  | 口腔 | 龋齿 |  |  |
| 右 | 其他 |  |  |
| 耳 | 左 | 右 |  | 胸部透视 |  |  |
| 听力 | 听力 |
| 肝功能 |  |  |
| 检查结果及意见： 医师签名： |