

体格检查表

姓名		性别		年龄		贴照片处 体检单位骑缝章			
文化程度		民族		职业					
现住处或 通讯处									
毕业学校 或工作单位									
既往病史									
五官科	眼	裸眼	右	矫正	右	矫正度数：		医师意见： (签字) 1. 眼科 2. 耳鼻喉科 3. 口腔科	
		视力	左	视力	左	矫正度数：			
		其他 眼病				色觉 检查	彩色图案及编码：		
							单颜色识别： 红、绿、紫、兰、黄		
	耳	听力	右		耳疾	公尺			
			左			公尺			
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦疾病			
	颜面部					咽喉			
口腔	唇腭			门齿			3. 口腔科		
其他									
外科	身长	公分		体重	公斤		皮肤	医师意见： 签字：	
	淋巴			甲状腺			脊柱		
	四肢					平跖足			
	关节								
	其他								

内科	血 压	mmHg	心 率	次/分	医师意见：
	发育及营养状况				
	神经及精神				
	肺及呼吸道				
	心脏及血管				
	腹部器官				
	其他				医师签字：
化 验 检 查 (要附化验单)	血		尿		
胸部放射线检查	医师签字：				
心电图检查	医师签字：				
腹部 B 超	医师签字：				
体 检 结 论	<p style="text-align: center;">主 检 医 师 签 字：</p> <p style="text-align: center;">体检站负责人签字：</p> <p style="text-align: center;">体检站公章：</p> <p style="text-align: center;">日期： 年 月 日</p>				