

## 既往病史（根据个人实际情况填写即可）

病名	有：√ 无：×	治愈时间	病名	有：√ 无：×	治愈时间
高血压			糖尿病		
冠心病			甲亢		
风心病			贫血		
先心病			癫痫		
心肌病			精神病		
支气管扩张			神经官能症		
支气管哮喘			吸毒史		
肺气肿			急慢性肝炎		
消化性溃疡			结核病		
肝硬化			性传播疾病		
胰腺疾病			恶性肿瘤		
急慢性肾炎			手术史		
肾功能不全			严重外伤史		
结缔组织病			其他		

## 体检项目

项目		是否缺项	项目		是否缺项
一般检查	身高		眼科	裸眼/矫正 视力	左： 右：
	体重			色觉	
	血压				
内科	心脏 (心界、杂音)		耳鼻喉科	听力	
	心率			鼻部	
	肺			喉部	
	肝			耳部	
	脾			咽部	
	腹部				
外科	甲状腺		口腔科	唇腭舌	
	浅表淋巴结			腮腺	
	脊柱四肢关节			口腔粘膜	
	肛门生殖器			颞下颌关节	
	乳腺		齿		
	皮肤		心电图		
	头颅		胸部X片		
		腹部彩超 (肝胆胰脾双肾)			

## 化验检查

血常规			空腹血糖 (GLU)		
肝功能	ALT (谷丙/丙氨酸)		艾滋		
	AST (谷草/天冬氨酸)		梅毒		
肾功能	BUN (尿素氮)		尿常规		
	CR (肌酐)		备注：		

## 女性妇科项目（根据实际情况三选一）

已婚 (外阴、阴道、宫颈、宫体、附件)		未婚 (外阴、宫体、附件)	
子宫附件彩超		备注：若医院不允许未婚女性做妇科检查，可用子宫附件彩超替	

参检人身份证号码:

参检人签名: