

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: