西 安 市 体 格 检 查 表

年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出 | 年 月 日 | 实足年龄 |  | 半身脱帽相片医院盖骑缝印 |
| 生 |
| 文化程度 |  | 婚否 |  |
| 籍 贯 | 省 | 市 | 现住地址 |  |
| 县 |
| 所在学校或工作单位 |  |
| 既往病史 |  |
| 家庭病史 |  |
|  五官科 | 眼 | 视力 | 左 | 矫正视力 | 左 | 辨色力 |  | 医生意见签 字 |
| 右 | 右 |
| 砂眼 | 左 | 其它眼病 |  |
| 右 |
| 耳 | 听 力 | 左 | 耳 疾 |  | 医生意见签 字 |
| 右 |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻 及 鼻窦 疾 病 |  |
| 咽 喉 |  |  | 唇 腭 |  |
| 齿 | 龋 齿 |  | 缺 齿 |  | 牙周病 |  | 医生意见签 字 |
| 其 它 |  |
| 外科 | 身 长 | 公分 | 胸 围 | 公分 | 皮 肤 |  | 医生意见签 字 |
| 体 重 | 公斤 | 呼 吸 差 | 公分 |
| 淋 巴 |  | 甲 状 腺 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  | 扁平足 |  |
| 泌 尿生殖器 |  | 肛 门 |  |
| 疝 |  | 其 它 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 | 毫米水银柱 | 医生意见签 字 |
| 发 育 及营养状况 |  |
| 神经及精神 |  | 口吃 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 它 |  |
| 化验检查 |  化验员签字 |
| 胸部爱克期线透视 |  医生签字 |
| 其它检查 |  |
| 检查结果 | 检验组长 | 签名  |
| 负责医生 |
| 年 月 日  |
| 审查单位意 见 | 审查单位签名  |
| 备 考 |  |