|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | **海南师范大学医院体格检查表** | | | | | | | | | |
| 学院： 年级： 班级： 电话： | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | |  | | 性 别 | |  | | 年 龄 |  | 贴相片栏   (一寸照) |  |
| 籍 贯 | |  | | 民 族 | |  | | | |  |
| 既 往 病 史 | |  | | | | | | | |  |
| 血 压 | | mmHg | | 脉 搏 | | 次/分 | | | | 检查者： |  |
| 身 高 | | cm | | 体 重 | | kg | | 胸 围 | cm | 检查者： |  |
| 五 官 科 | 眼 科 | 视 力 | 右 | | 矫 正 视 力 | | 右 | | 检查者： | 医生签名： |  |
| 左 | | 左 | |  |  |
| 沙 眼 | 右 | | 其 它 | |  | | |  |
| 左 | |  |
| 耳 | 听 力 | 右 | | 其 它 | |  | | |  |
| 左 | |  |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | | 其 它 | |  | | |  |
| 咽喉 |  | | | 肺活量 | |  | | |  |
| 腔 科 | 牙齿 | 龋齿 | 十 | | | 缺齿 | | 十 | | 医生签名： |  |
| 其它 |  | | | | | | | |  |
| 外 科 | 皮肤 |  | | | | 四 肢 | |  | | 医生签名： |  |
| 脊柱 |  | | | | 淋 巴 | |  | |  |
| 甲状腺 |  | | | | 关 节 | |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 发育及营养 状况 | |  | | | 医生签名： |
| 神经及精神 | |  | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | |
| 心脏及血管 | |  | | |
| 腹部器官 | |  | 肝脾 |  |
|  |
| 心电图 | |  | | |
| 胸 片 | | |  | | | 医生签名： |
| 检 验 | | | 肝功能： | 血糖： | |  |
| 肾功能： | 血脂： | |  |
| 血常规： | 其它： | | 医生签名： |
|  | | 医 院  意 见 | 医院盖章：  主检医师签名： 年 月 日 | | | |