

体格检查表

编号： 体检日期： 年 月 日

姓 名				性别			出生年月日 (公历)				脱帽照片 半身一寸 体检单位 骑缝章
文化程度				职业			民族		婚否		
既往病史											
一般检查		身高	厘米		体重	公斤		血压	mmHg		医生签字
		脉搏	次/分		体重指数						
外科	皮肤				甲状腺			淋巴			
	乳腺				脊柱			四肢关节			
	平跖足										
	其他										
	诊断										
内科	心	心率	次/分		心界		杂音				医生签字
	肺										
	腹部	肝		脾		肾					
		其他									
	诊断										
眼科	裸眼 视力	左			立体 色觉					医生签字	
		右									
	色盲 检查				其它 眼疾						
	诊断										
耳鼻喉科	听力	左			耳疾					医生签字	
		右									
	鼻	嗅觉			鼻及 鼻窦			咽喉			
	诊断:										
口腔科	唇		腭			齿			牙龈		医生签字
	粘膜		舌			其他 疾病					
	诊断										

心电图		医生签名
胸透		医生签名
B超		医生签名
化验	粘贴化验单	医生签名
终检结论 主检医生签字： 年 月 日		