

附件 5

体格检查表

姓 名				性别			出生	年 月 日		实足年龄			半 身 脱 帽 照 片
文化程度				民族			职业			婚否			
籍 贯		省		市 县		手机号码							
毕业学校													
既往病史													
家族病史													医院 合缝章
五官科	眼	裸眼 视力	左			矫正后 共同视力			辨色力			医师意见	
			右										
		砂眼	左			其他 眼疾							
			右										
	耳	听力	左	米		耳疾							
			右	米									
	鼻	嗅觉				鼻及鼻 窦疾病							
	唇腭					咽喉			口吃			签 字 (盖章)	
	齿	龋齿				齿脱落			齿槽脓漏				
其他													
外科	身高	公分		胸围		公分		皮肤				医师意见	
	体重	公斤		呼吸差		公分		甲状腺					
	淋巴						脊柱						
	四肢						关节				签 字 (盖章)		
	手跖足				疝				其他				

内科	脉 搏	次/1 分钟	血 压	mmHg	医师意见
	发育情况		营养情况		
	神 经 及 精神疾病				
	肺呼吸 道疾病				
	心 脏 及 血管疾病				
	腹腔器 官疾病				
	其 他				签 字 (盖章)
化验检查 (另附肝功化验单)		化验员签字 (盖章)			
X 线检查		放射医师签字 (盖章)			
其他检查					
检查结论		体检组长 签字 (盖章) 负责医师			
体检审查意见		医院公章			
备 考					

年 月 日