**河池市卫生学校新生报名体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 出生年月 |  | 近期二寸免冠正面半身彩色照片（加盖体检 医院公章） |
| (初、高中)学校名称 |  | 班级 |  |
| 家庭地址 |  |
| 既往史（本人如实申告） | 不具有 □  |
| 具 有 □： 精神病□ 癫痫□ 高血压□ 先天性心脏病□ 心肌病□ 其他重大疾病（病名）： |
| 五官 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师签名：年 月 日  |
| 矫正视力 |  |  |
| 色觉 |  |
| 沙眼 | 左 |  | 右 |  |
| 听力 | 左 |  | 右  |  | 医师签名：年 月 日 |
| 耳疾 |  |  |
| 鼻 |  |  |
| 嗅觉 |  |
| 扁桃体 |  |
| 口腔粘膜 |  | 医师签名：年 月 日 |
| 龋 齿 |  |
| 舌 |  |
| 一般检 查 | 身高cm |   | 体重kg |  | 血压mmHg |  / mmHg | 检查者签名：年 月 日 |
| 内科 | 心脏及血管 |  | 医师签名： 年 月 日 |
| 肺及呼吸道 |  |
| 肝 |  |
| 脾 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科 | 头 部 |  | 颈 部 |  | 医师签名：年 月 日 |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 其 他 |  |
|  检 查 结 论 | 正常 |  |
| 需复查项目 |  |
|  |
|  |
| 病 名 |  |
|  |
|  |
|    体检医院盖章主检医师签名： 体检日期： 年 月 日  |