**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 | | | | | |