

福州大学医院体格检查表

学号：

编号：

姓名		性别		出生	年 月 日	一寸免冠近照		
院系	学院 专业 班							
民族		联系方式						
住址						体检单位骑缝章		
既往史	既往史是指既往重大疾病及手术史。请如实填写，如有隐瞒，由此发生的一切后果由学生本人负责。如无既往史请填写“无”。							
以上由学生如实填写								
五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右 矫正度数	检查者	医生签名	
			左		左 矫正度数			
		色觉检查	彩色图案及编码			检查者		
			单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄					
		其他眼疾病						
	耳鼻喉	听力	左耳 米	右耳 米	检查者			
		嗅觉				检查者		
		其他耳鼻咽喉疾病						
	口腔	唇腭			牙齿			
		其他						

外科	身高	厘米	体重	千克	检查者	医生签名
	皮肤			颈部		
	脊柱			四肢		
	关节			平足		
	其他					
内科	血压	毫米汞柱			检查者	医生签名
	发育及营养状况					
	神经及精神					
	肺及呼吸道					
	心脏及血管					
	腹部器官	肝				
		脾				
其他(口吃)						
化验检查 (附化验单)	肝功		血常规	肾功(或尿常规)		医生签名
胸部X线摄影						医生签名
体检结论	<div>主检医生签名： 体检医院盖章：</div> <div>年 月 日</div>					