

入学体检表

Health Record Form

姓名		性别		出生	年 月 日	照片 (体检医院盖章)
通讯地址						
联系电话						
既往病史						
以上由体检本人如实填写						
五官科	眼	裸眼视力	右： 左：	矫正视力	右： 左：	医师意见（签字）
		色觉检查		其他眼疾		
	耳	耳疾				医师意见（签字）
	鼻	鼻及鼻窦疾病				
喉	喉部疾病					
外科	身高	cm	体重	kg	皮肤	医师意见（签字）
	甲状腺	浅表层淋巴		脊柱		
	四肢	关节		其他		
内科	血压			心率	医师意见（签字）	
	心律			心脏杂音		
	肺部听诊			肠鸣音		

化 验 检 查	血常规			医师意见（签字）
	肝功能	血清丙氨酸氨基转移酶测定(ALT)		
		血清天门冬氨酸氨基转移酶测定(AST)		
	血糖检测	空腹血糖（GLU）		
	肾功能检测	尿素氮（UREA）		
		尿酸（UA）		
尿常规			医师意见（签字）	
心电图			医师意见（签字）	
胸部放射线检查			医师意见（签字）	
<p>体检医院意见： 检查单位盖章：</p> <p>负责医师签字： 日期：</p>				