

姓 名		性 别		出生年月		照 片
民 族		电 话		身 份		
婚 否		籍 贯				
现住所及通讯处						
既往病史	心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、()					
以上由本人如实填写，学校及所在单位负责审核						
五 官 科	眼	视力	左		色	医师意见:
			右			
		矫正 视力	左		其	
			右			
	耳	听力	左		耳疾	
			右			
口鼻	嗅觉	颜面部				
	口吃	咽喉				
	唇颚	门齿				
外 科	身 高	公 分		体 重	公 斤	
	淋 巴			甲 状 腺		
	皮 肤			胸 廓		
	四 肢			脊 柱		
	关 节			外 貌		
	皮 肤			其 他		

内科	血 压	毫米汞柱		医师意见：
	心 率 (次) /分			
	发育及 营养状况			
	肺及呼吸道			
	心 脏			
	其 他			
胸 片			医师签名：	
化 验 检 查 (另附化验单)	血常规	肝功 (ALT AST ALP GGT)	肾功 (肌酐尿酸尿素)	
结 论	主检医师签名：			
体 检 医 院 意 见	体检医院公章 年 月 日			