|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 照片 |  |

**华东理工大学健康体检表**

学院＿＿＿＿＿ 班级＿＿＿＿＿ 学号＿＿＿＿＿

姓名＿＿＿＿＿ 性别＿＿＿＿＿ 出生年月＿＿年＿＿月＿＿日

民族＿＿＿＿＿ 生源省份＿＿＿＿省（直辖市） 联系电话＿＿＿＿

1. 你是否患过下列疾病？患过 没有患过

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.1 肝炎 | □ | 1.2 肺结核 | □ | 1.3 传染病 | □ |
| 1.4 精神及神经疾病 | □ | 1.5 消化系统疾病 | □ | 1.6 先天性心脏病 | □ |
| 1.7 心脏病 | □ | 1.8 高血压 | □ | 1.9 泌尿系统疾病 | □ |
| 1.10糖尿病 | □ | 1.11甲状腺疾病 | □ | 1.12皮肤疾病 | □ |
| 1.13结缔组织疾病 | □ | 1.14恶性肿瘤 | □ | 1.15贫血及血液系统疾病 | □ |
| 1.16妇科疾病（女生） | □ | 1.17其他慢性病 | □ |  |  |

**√**请详细描述：

2、请回答下列问题：有  否 

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2.1你是否有食物、药物或其他物品过敏？ | □ | 2.2你是否有视力、听力或其他生理缺陷？ | □ |
| 2.3你按计划免疫接种吗？ | □ | 2.4你是否有手术及外伤史？ | □ |
| 2.5你是否有其他需要说明的情况？ | □ |  |  |

**√**请详细描述：

我特此声明保证：以上我所填写的内容正确无误。

签名：＿＿＿＿＿

＿＿年＿＿月＿＿日

以上内容由受检者认真填写，不得缺失。

填写《健康体检表》注意事项：请用黑色水笔填写，字迹清晰。

以下内容由体检医生填写，正常（-），异常（+），并作详细描述。

体检日期＿＿年＿＿月＿＿日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身高cm |  | 体重kg |  | 签名 | 辨色力 |  | 签名 | |
| 血压mmHg |  | 心率 （次/分） |  | 签名 | 嗅觉 |  | 签名 | |
| 裸眼视力 | 左 | | 签名 | 矫正视力 | 左 | | 签名 | |
| 右 | | 右 | |
| 内科 | 心脏 |  | | | | | 签名 | |
| 肺 |  | | | | |
| 肝脾 |  | | | | |
| 外科 | 四肢关节 |  | | | | | 签名 | |
| 脊柱 |  | | | | |
| 淋巴结 |  | | | | |
| 皮肤 |  | | | | |
| 其他 | |  | | | | | 签名 | |
| X-胸片检查 | |  | | | | | 签名 | |
| 化验 | | ALT U/L | | | | | 签名 | |
|  |  |  |  |  |  | |  |  | |
| （+）请做详细描述 | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  | |
| 体检结论 | |  | | | | 负责医师签字 （盖章） | | |
| 体检医院意见 | |  | | | | 年 月 日 | | |