**肇东市明久乡卫生院体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 半身脱帽相片 |
| 文化程度 |  | 民族 |  | 职业 |  |
| 籍　　贯 |  | 所在单位 |  |
| 既往病史 |  |
| 家族病史 |  |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 |  | 矫正视力 | 左 |  | 辨色力 |  | 医生意见：签名： |
| 右 |  | 右 |  |
| 砂眼 | 左 |  | 其它眼疾 |  |
| 右 |  |
| 耳 | 听力 | 左 |  | 耳疾 |  |
| 右 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻类疾病 |  |
| 唇颚 |  | 咽喉 |  | 口吃 |  |
| 齿 | 龋唇 |  | 齿脱落 |  | 齿脓槽漏 |  |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 | 公分 | 胸围 | 公分 | 皮肤 |  | 医生意见：签名： |
| 体重 | 公斤 | 乳腺 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 平足 |  | 关节 |  |
| 肛门 |  |
| 疝 |  | 其它 |  |
| 内科 | 脉搏 | 次/分钟 | 血压 | / mmHg | 医生意见:签名： |
| 发育状况 |  | 营养状况 |  |
| 神经及精神疾病 |  |
| 心脏及血管疾病 |  |
| 腹腔器官疾病 |  |
| 月经史 |  |
| 其它 |  |
| 检验结果(肝功能) | 检验员签名：  |
| X线或摄影检查 |  医生签名：  |
| 其它 |  医生签名：  |
| 医院意见 | 医院公章 年 月 日  |
|
|
|
| 备注 |  |
|

**说明**：检验结果正常的，即写“正常”（无疾病写“无”），辨色力栏内写正常或某种色盲或色弱；砂眼按程度不同分为四期，记录为Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ；口吃填写轻、中、重；其它疾病或缺陷，记录疾病轻重程度，是否影响正常生理机能：不能确定诊断的，填写初步印象和主要症状；未做检查的科目，在栏内划一斜线“/”。