

湖州学院学生体格检查表

姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 籍贯：_____ 民族：_____

专业：_____ 班级：_____ 学号：_____ 寝室号：_____

出生日期：_____ 年 _____ 月 _____ 日 家庭住址：_____

既往病史:1、		2、	3、	
现有疾病:1、		2、	3、	
请本人如实详细填写，如故意隐瞒后果自负。				本人签名：_____
检查日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日
体质 (一般 状况)	发育营养			
	身高 (cm)			
	体重 (kg)			
	脉搏 (次/分)			
	血压 (mmHg)			
	医师建议签名			
眼科	裸眼视力	右 左	右 左	右 左
	矫正视力	右 左	右 左	右 左
	辨色力			
	砂眼	右 左	右 左	右 左
	其他			
	医师建议签名			
五官科	嗅 觉			
	鼻			
	咽 喉			
	听 力	右 左	右 左	右 左
	耳			
	其他			
	医师建议签名			
口腔科	龋 齿			
	缺 齿			
	其他			
	医师建议签名			

内科	心脏血管			
	肺			
	肝			
	脾			
	神经系统			
	其他			
	医师建议签名			
外科	皮肤			
	淋巴腺			
	甲状腺			
	胸部			
	脊柱			
	四肢			
	关节			
	其他			
	医师建议签名			
放射线检查				
化验检查 (肝功能、肾功能、血常规)				
其他检查				
体检结论				
负责医师签名				
在校时主要疾病记载：				
离校时健康结论：				
负责医师盖章：		体检单位盖章：		年 月 日