

# 華東交通大學

## 學生健康檢查表

受檢者照片

院(系)\_\_\_\_\_专业\_\_\_\_\_班级\_\_\_\_\_

姓名:\_\_\_\_\_性别\_\_\_\_\_民族\_\_\_\_\_出生日期\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

籍贯(出生地)\_\_\_\_\_本人家庭住址\_\_\_\_\_省(市)\_\_\_\_\_市(县)\_\_\_\_\_ (村)\_\_\_\_\_

现住所\_\_\_\_\_宿舍号\_\_\_\_\_楼\_\_\_\_\_室 联系电话\_\_\_\_\_

原毕业学校\_\_\_\_\_

1. 你是否患过下列疾病: 患过√ 没有患过 ×

- 1.1 肝炎肺结核其他传染病  1.2 精神神经疾病  1.3 心脏血管疾病
- 1.4 消化系统疾病  1.5 肾炎其他泌尿系统疾病  1.6 贫血及血液系统疾病
- 1.7 糖尿病及内分泌疾病  1.8 恶性肿瘤  1.9 其他慢性病

√请详细写出所患疾病的病名:

2. 你家庭成员中是否患过下列疾病: 患过√ 没有患过 ×

- 2.1 肝炎肺结核其他传染病  2.2 精神神经疾病  2.3 心脏血管疾病
- 2.4 消化系统疾病  2.5 肾炎其他泌尿系统疾病  2.6 贫血及血液系统疾病
- 2.7 糖尿病及内分泌疾病  2.8 恶性肿瘤  2.9 其他慢性病

√请详细写出所患疾病的病名:

3. 请回答以下各问题: 有√ 否×

- 3.1 你是否食物、药物和物品过敏?  3.2 你有否视觉、听力或其他生理上的缺陷?

√请详细叙述:

4. 女学生填写项目:

- 4.1 月经初潮\_\_\_\_\_岁  4.2 月经规则 是  否  4.3 痛经 有  否  4.4 白带 有  否

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

填写健康检查表注意事项:

- 填写健康检查表请用蓝或黑色钢笔、圆珠笔、字迹清楚。
  - 过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。
- 以上内容由受检查者填写

以下内容由受检查者和体检医生共同填写

|                       |              |        |        |          |        |        |
|-----------------------|--------------|--------|--------|----------|--------|--------|
| 5<br>免<br>疫<br>接<br>种 | 5.1 IPPD(OT) | 有_____ | 无_____ | 5.6 水痘   | 有_____ | 无_____ |
|                       | 5.2 卡介苗      | 有_____ | 无_____ | 5.7 甲肝   | 有_____ | 无_____ |
|                       | 5.3 小儿麻疹     | 有_____ | 无_____ | 5.8 乙肝   | 有_____ | 无_____ |
|                       | 5.4 白百破      | 有_____ | 无_____ | 5.9 风疹   | 有_____ | 无_____ |
|                       | 5.5 麻疹       | 有_____ | 无_____ | 5.10 腮腺炎 | 有_____ | 无_____ |

以下内容由体检医生填写 正常(-) 异常(+)并作详细描述

| 项 目      |         | 年 月 日 | 签 名      | 年 月 日  | 签 名   |
|----------|---------|-------|----------|--------|-------|
| 形态机能     | 血压 mmHg |       |          |        |       |
|          | 身高 cm   |       |          |        |       |
|          | 体重 Kg   |       |          |        |       |
|          | 肺活量 ml  |       |          |        |       |
| 项 目      |         | 正常/异常 | 签 名      | 正常/异常  | 签 名   |
| 内科       | 心(心率)   |       |          |        |       |
|          | 肺       |       |          |        |       |
|          | 肝脾      |       |          |        |       |
|          | 腹部      |       |          |        |       |
| 外科       | 头颈(甲状腺) |       |          |        |       |
|          | 淋巴结     |       |          |        |       |
|          | 胸部      |       |          |        |       |
|          | 四肢关节脊椎  |       |          |        |       |
|          | 皮肤      |       |          |        |       |
|          | 泌尿生殖器疝  |       |          |        |       |
|          | 平足      |       |          |        |       |
| 五官科检查    | 视力(裸)   | 左 右   |          | 左 右    |       |
|          | 视力(矫)   | 左 右   |          | 左 右    |       |
|          | 辨色力     |       |          |        |       |
|          | 砂眼      | 左 右   |          | 左 右    |       |
|          | 听力      |       |          |        |       |
|          | 嗅觉      |       |          |        |       |
|          | 耳病      |       |          |        |       |
|          | 龋齿      |       |          |        |       |
|          | 齿槽脓肿    |       |          |        |       |
|          | 其他      |       |          |        |       |
| 检验       | 肝功能     |       |          |        |       |
|          | 肾功能     |       |          |        |       |
|          | 血常规     |       |          |        |       |
| 检查       | 胸片      |       |          |        |       |
|          |         |       |          |        |       |
|          |         |       |          |        |       |
| 入学健康体检小结 | 复查项目    |       | 毕业健康体检小结 | 体检结论   |       |
|          | 体检结论    |       |          | 负责医生签名 |       |
|          | 主检医生签名  |       | 年 月 日    | 体检单位盖章 | 年 月 日 |