

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 免 疫 接 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	体检结论
	体检结论			健康体检	负责医生签名
	主检医生签名		年 月 日	小结	体检单位盖章
					年 月 日