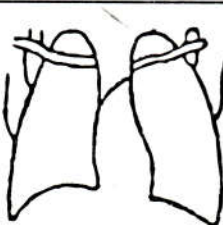


江苏科技大学体格检查表

20 年 月 日

班级

学号

姓名		性别		年龄	已未婚	一寸免冠 照片	
民族	家庭住址						
既往病史 (如实填写)							
内科	发育情况		血压			医师签字:	
	心脏及血管						
	呼吸系统						
	肝		脾				
	神经系统		其他				
眼科	裸眼视力	右	矫正视力	右	矫正度数	医师签字:	
		左		左	矫正度数		
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查:		色觉检查图名称:			
	单色识别能力检查: (色觉异常者查此项) 红 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 绿 <input type="checkbox"/> 蓝 <input type="checkbox"/> 紫 <input type="checkbox"/>						
	眼病						
外科	身高		体重			医师签字:	
	皮肤		面部	颈部			
	脊柱		四肢	关节			
	其他						
耳鼻喉及口腔科	听力	左耳		嗅觉		医师签字:	
		右耳		耳鼻咽喉			
	口腔			牙齿			
	其他						
化验	(血常规)			请附检验报告单			
	生化 (必查项: 谷丙、肌酐、尿酸、尿素氮)						
备注							
胸部X线检查			体检结论		院章		
 结果: 医师签字:			医师签字:				

- 1、由于各单位对体格检查要求不同, 本院仅指出异常发现, 由各单位自己按体检标准决定之。
- 2、此单盖有本院章有效, 无本院章概不作证明用。