

# 上海交通大学医学院

## 新生体格检查表

姓名: _____ 性别: _____ 出生: _____ 年 _____ 月 _____ 日						近期免冠一寸彩照			
学号: _____ 班级: _____ 专业: _____									
手机: _____ 培养单位: _____									
<p>你是否患过下列疾病: 患过请用“√”表示; 没患过请用“x”表示</p> <p>1.1 病毒性肝炎、肺结核、传染性疾病 ( )      1.2 精神障碍、神经系统疾病 ( )</p> <p>1.3 心血管系统疾病 ( )                              1.4 贫血及血液系统疾病 ( )</p> <p>1.5 急慢性肾炎、其他泌尿系统疾病 ( )      1.6 消化系统疾病 ( )</p> <p>1.7 糖尿病及其他内分泌系统疾病 ( )      1.8 恶性肿瘤 ( )</p> <p>1.9 其他慢性病 ( )</p> <p>如患过上述疾病, 请填写具体病名: _____</p> <p>我特此声明: 以上我填写的内容正确无误      签名: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p> <p style="color: red;">以上内容由学生填写</p>									
五官科	眼	裸眼	右	矫正	右	矫正度数	医师意见 (签字)		
		视力	左	视力	左	矫正度数			
	其他	色觉		彩色图案及编码		医师意见 (签字)			
	眼病	检查		单颜色识别  红、绿、紫、蓝、黄					
	耳	听力	右      公尺		耳疾				
		左      公尺							
鼻	嗅觉				鼻及鼻窦疾病				
颜面部					咽喉				
外科	身长	公分	体重	公斤	皮肤	医师意见 (签字)			
	淋巴			甲状腺	脊柱				
	四肢								
	关节				平跖足				
	其他								
内科	血压			毫米汞柱	心率	(次/分)			
						医师意见 (签字)			

内     科	发育及 营养状况				医师意见 (签字)
	神经及 精神				
	肺 及 呼吸道				
	心脏及 血 管				
	腹 部 器 官	肝			
		脾			
	其 它				
化 验 检 查		血		肝 功 能	
胸部放射线检查					医师签字
体 检 结 论 及 意 见		负责医师签字 (盖章)			体检单位 (盖章)
备 注					

体检日期：            年    月    日