**北华航天工业学院健康体检表**

照

片

姓名 性别 年龄 家庭住址

拟录取专业 拟录取研究方向

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 既往病史 |  | | | | | | 医师意见  签名 |
| 血 压 | / | | 毫米 | 心 率 | 次/分 | |
| 汞柱 |
| 发 育 及营养情况 |  | | | 神 经及精神 |  | |
| 心 肺 |  | | | | | |
| 肝 脾 |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | | 公斤 | 皮 肤 |  | 医师意见  签名 |
| 淋 巴 |  | | | 甲状腺 |  | |
| 四 肢 |  | | | 关 节 |  | |
| 脊 柱 |  | | | 其 他 |  | |
| 眼科 | 视 力 | 左：  右： | | | 眼 底 | 左：  右： | | 医师意见  签名 |
| 色 盲 |  | | | 眼 疾 |  | |
| 其 他 |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳鼻喉科 | 听 力 | 左：  右： | 耳 疾 |  | 医师意见  签名 |
| 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 咽 喉 |  | | |
| 其 他 |  | | |
| 化验检查 | | 血清ALT （参考值：0-40u/L） | | | |
| 胸部放射性  检 查 | | 医师签名： | | | |
| 其他检查 | |  | | | |
| 体检结论 | | 医师签名： 盖章 | | | |
| 备 注 | |  | | | |

年 月 日