

# 赣南师范大学医院体格检查表

学号（教职工号）

体检时间： 年 月 日

姓名		年龄	岁	性别		籍贯		婚否		照片
院系		专业		班级						
既往病史 (如实填写)										
本人签字：										
身高：	厘米	体重：	公斤	检查者		辨色力：		血压	mmHg	检查者：
视力：裸眼	左	右	矫正	左	右					检查者：
内科	心脏（听诊）：				心率：				医生意见：  签名：	
	肺（听诊）：				肝：					
	脾：				其它：					
外科	皮肤：				淋巴结：				医生意见：  签名：	
	甲状腺：				胸廓：					
	脊柱：				四肢：					
	生殖：				关节：					
	其它：									
五官	角膜：				结膜				医生意见：  签名：	
	耳：				听力：					
	鼻（鼻窦）：				嗅觉：					
	咽喉：				扁桃体：					
	龋齿：				齿列：					
	其它：									
X光检查：									医生：	
化验：									检验员：	
体检结论：										
主检医生签名（签章）： 医院（签章）： 年 月 日										