

姓名		性别		出生日期		年龄	
学院		职业		班级		专业	
文化程度		民族		学号			
籍贯		现家庭住址					
毕业学校或工作单位							
既往病史							
(以上本人如实填写)							
眼科	眼	视力	右		矫正 视力	右	
			左			左	
		其他眼病		色觉检查	彩色图案及编码, 单 颜色识别: 红、绿、 紫、蓝、黄		
	医师意见						
耳鼻喉科	耳	听力	右 (公尺)		耳疾		
			左 (公尺)				
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦 疾病			
	咽喉				口吃		
医师意见							
口腔科	口腔	龋齿		缺齿		齿槽	
	其他						
	医师意见						
外科	身高		腰围		皮肤		
	体重						
	淋巴		甲状腺		脊柱		
	四肢		关节		平跖 足		
	其他						
	医师意见						
血压 脉搏科	血压		(mmHg)	脉搏		(次/分)	
	医师意见						

内 科	发育营养		
	神经及精神		
	肺及呼吸道		
	心脏及血管		
	肺部器官	肝	
		脾	
	其他		
	医师意见		
化验检查			
胸部放射检查			
其他检查			
检查结论			
检查医院意见			
备注			