

健康体检报告

体检机构：康华健康体检中心
地址：市高新区健康路 88 号 联系电话：0755-88886666
报告编号：KH2025061800987
体检日期：2025 年 06 月 18 日
报告日期：2025 年 06 月 20 日
受检者信息

<div>受检者照片</div>			
姓 名	张三	年 龄	男
性 别	45岁	年 龄	45岁
身份证号	44030119800612XXX	联系电话	13800118000
职 业	企业管理员		
进情病史：	高血压腔病届3年，规律服药（硝苯地平缓释片）（手写：近半年血压控制可。 (手写签名：张三) 签名日期：2025.06.18		

体检项目及结果

一、一般检查

血液检查

目标名称	正常结果	正化结果	生化指数	
血液轻	12号	12号	异常	
血降胞	↑	12号	异常	
清细胞	↑	12号	异常	
血红胞	↑	12号	异常	
血液胞	↓	12号	异常	
生化	↓	12号	异常	
血液细胞	↓	12号	异常	

豆包AI生成

项目名称	检查结果	参考范围	备注
------	------	------	----

项目名称	检查结果	参考范围	备注
身高	175cm	155-190cm	-
体重	82kg	50-80kg	超重（手写：建议减重 5kg）
BMI 指数	26.8	18.5-23.9	超重
收缩压	135mmHg	90-139mmHg	临界高值
舒张压	85mmHg	60-89mmHg	正常高值

二、实验室检查

项目名称	检查结果	参考范围	备注
血常规 - 白细胞计数 (WBC)	$5.8 \times 10^9/L$	$4.0-10.0 \times 10^9/L$	正常
血常规 - 红细胞计数 (RBC)	$4.9 \times 10^{12}/L$	$4.3-5.8 \times 10^{12}/L$	正常
空腹血糖 (GLU)	6.5mmol/L	3.9-6.1mmol/L	偏高（手写：建议复查糖耐量）
总胆固醇 (TC)	5.9mmol/L	<5.2mmol/L	偏高
甘油三酯 (TG)	2.3mmol/L	<1.7mmol/L	偏高
肝功能 - 谷丙转氨酶 (ALT)	42U/L	0-40U/L	轻度升高
肾功能 - 肌酐 (Cr)	88 $\mu\text{mol/L}$	57-111 $\mu\text{mol/L}$	正常

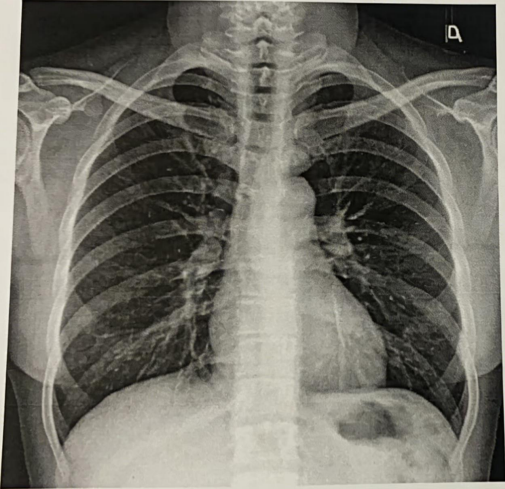
三、影像学检查

项目名称	检查结果	备注
------	------	----

项目名称	检查结果	备注
胸部 DR	双肺野清晰，肺纹理走向自然，心影大小、形态正常，膈面光滑，肋膈角锐利。	正常
腹部 B 超(肝、胆、胰、脾、肾)	肝实质回声均匀，未见明显占位性病变；胆囊壁毛糙，未见结石；胰、脾、双肾未见明显异常。	胆囊壁毛糙（手写：建议低脂饮食）
心脏彩超	左心室轻度肥厚，射血分数 62%（正常 $\geq 50\%$ ），各瓣膜未见明显反流。	左心室轻度肥厚

四、其他特殊检查

影像学检查



检查结论：
双肺纹理清晰，
未见明显异常

设备型号：检查姓名：张位打印医生：李易

项目名称	检查结果	备注
心电图	窦性心律，大致正常心电图。	正常
胃镜	胃窦部黏膜充血、水肿，散在糜烂点；幽门螺杆菌（HP）：阳性（++）。	胃窦炎（HP 阳性）（手写：建议四联疗法根除）

体检总结与建议

1. 代谢综合征倾向：存在超重（BMI 26.8）、空腹血糖偏高（6.5mmol/L）、血脂异常（总胆固醇、甘油三酯偏高），建议严格控制饮食，减少高糖、高脂、高盐食物摄入，增加有氧运动（如快走、慢跑、游泳），每周至少 150 分钟中等强度运动，定期监测体重、血糖、血脂。
2. 高血压管理：收缩压临界高值、舒张压正常高值，左心室轻度肥厚考虑与长期高血压相关，建议继续规律服用降压药物，避免自行停药或减药，定期监测血

压（每周至少 2 次，早晚各 1 次），目标控制在 130/80mmHg 以下，定期复查心脏彩超。

3. 消化系统问题：胆囊壁毛糙提示慢性胆囊炎可能，建议低脂饮食，避免暴饮暴食；胃窦炎伴幽门螺杆菌阳性，建议及时就医，遵医嘱进行四联疗法根除 HP 治疗，治疗后 1 个月复查 HP，平时注意饮食规律，避免辛辣、刺激、生冷食物，戒烟限酒。

4. 肝功能轻度异常：谷丙转氨酶轻度升高，考虑与超重、血脂异常相关，建议调整饮食结构，减少油腻食物摄入，避免熬夜、劳累，1 个月后复查肝功能，若持续升高需进一步检查肝炎标志物等。

5. 定期复查：建议 3 个月后复查空腹血糖、血脂、肝功能；6 个月后复查腹部 B 超、心脏彩超；1 年后进行全面体检。若出现头晕、胸闷、腹痛、反酸等不适，及时就医。

（手写总结：需严格控制饮食及运动，遵医嘱服药复查，警惕代谢综合征进展）

体检医生签名：_____

日期：_____

审核医生签名：_____

日期：_____

本报告仅对本次体检样本负责

如有疑问请于报告出具后 7 日内联系