

# 健康体检表

姓名：

编号：

体检日期				责任医生				
内容		检查项目						
症状		1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关键肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ ____/____/____/____/____/____/____/____/____/____/____						
一般状况	体温	℃		脉率				
	呼吸频率			血压		左侧	-	
						右侧	-	
	身高			体重				
	腰围			体质指数 (BMI)				
	老年人健康状态自我评估*	1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意					<input type="checkbox"/>	
	老年人生活自理能力自我评估*	1 可自理 (0~3 分) 2 轻度依赖 (4~8 分) 3 中度依赖 (9~18 分) 4 不能自理 (≥19 分)					<input type="checkbox"/>	
	老年人认知功能*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 简易智力状态检查, 总分_____					<input type="checkbox"/>	
	老年人情感状态*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 老年人抑郁评分检查, 总分_____					<input type="checkbox"/>	
	生活方式	体育锻炼	锻炼频率	1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼				<input type="checkbox"/>
每次锻炼时间					坚持锻炼时间			
锻炼方式								
饮食习惯		1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖 ____ □ □ □ □ □						
吸烟情况		吸烟状况	1 从不吸烟 2 已戒烟 3 吸烟					<input type="checkbox"/>
		日吸烟量						
		开始吸烟年龄			戒烟年龄			岁
饮酒情况		饮酒频率	1 从不 2 偶尔 3 经常 4 每天					<input type="checkbox"/>
		日饮酒量						
		是否戒酒	1 未戒酒 2 已戒酒 戒酒年龄： 岁					<input type="checkbox"/>
		开始饮酒年龄			近一年内是否曾醉酒	1 是 2 否		<input type="checkbox"/>
		饮酒种类	1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他 _____ □ □ □ □					
职业病危害因素接触史		1 无 2 有 (工种 从业时间 年)						<input type="checkbox"/>
		毒物种类	粉尘	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>
		放射物质	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>	
		物理因素	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>	
		化学物质	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>	
	其他	防护措施			1 无 2 有	<input type="checkbox"/>		

脏器功能	口腔	口唇 1 红润 2 苍白 3 发绀 4 皲裂 5 疱疹 <input type="checkbox"/>	
		齿列 1 正常 2 缺齿 3 龋齿 4 义齿 (假牙) <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> <span style="position: absolute; left: 50%; transform: translateX(-50%); border-top: 1px solid black; width: 10px;"></span> </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> <span style="position: absolute; left: 50%; transform: translateX(-50%); border-top: 1px solid black; width: 10px;"></span> </div> <div style="border-top: 1px solid black; width: 100px; position: relative;"> <span style="position: absolute; left: 50%; transform: translateX(-50%); border-top: 1px solid black; width: 10px;"></span> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px;"></div> </div>	
		咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 <input type="checkbox"/>	
	视力	左眼_____ 右眼_____ (矫正视力: 左眼_____ 右眼_____)	
	听力	1 听见 2 听不清或无法听见 <input type="checkbox"/>	
	运动功能	1 可顺利完成 2 无法独立完成其中任何一个动作 <input type="checkbox"/>	
查体	眼底*	1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>	
	皮肤	1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 黄染 6 色素沉着 7 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	巩膜	1 正查 2 黄然 3 充血 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	肺	桶状胸: 1 否 2 是 <input type="checkbox"/>	
		呼吸音: 1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>	
		罗音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	心脏	心率_____次/分钟 心律 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 <input type="checkbox"/>	
		杂音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
	腹部	压痛: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
		包块: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
		肝大: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
		脾大: 1 无 2 有 移动性浊音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
		有移动性浊音: 1 无 2 有 _____ <input type="checkbox"/>	
	下肢水肿	1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称 <input type="checkbox"/>	
	足背动脉搏动	1 未触及 2 触及双侧对称 3 触及左侧弱或消失 4 触及右侧弱或消失 <input type="checkbox"/>	
	肛门指诊*	1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他 <input type="checkbox"/>	
	乳腺*	1 未见异常 2 乳房切除 3 异常泌乳 4 乳腺包块 5 其他 <input type="checkbox"/>	
	妇科*	外阴	1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>
		阴道	1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>
宫颈		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	
宫体		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	
附件		1 未见异常 2 异常 <input type="checkbox"/>	
其他*	<input type="checkbox"/>		
辅助检查	血型	ABO_____ Rh*_____	
	血常规*	血红蛋白_____g/L 白细胞_____x10 <sup>9</sup> /L 血小板_____x10 <sup>9</sup> /L 其他_____	
	尿常规*	尿蛋白_____ 尿糖_____ 尿酮体_____ 尿潜血_____ 其他_____	
	空腹血糖*	_____mmo/L 或 _____mg/dL	
	同型半胱氨酸*	_____mg/dL	
	尿微量蛋白*	_____mg/dL	

辅助检查	大便潜血*	1 阴性 2 阳性 <input type="checkbox"/>			
	糖化血红蛋白*	_____ %			
	乙型肝炎表面抗原*	1 阴性 2 阳性 _____ mg/dL <input type="checkbox"/>			
	肝功能*	血清谷丙转氨酶 _____ U/L 血清谷草转氨酶 _____ U/L 白蛋白 _____ g/L 总胆红素 _____ μmol/L 结合胆红素 _____ μmol/L _____			
	肾功能*	血清肌酐 _____ μmol/L 血尿素氮 _____ mmol/L 血钾浓度 _____ mmol/L 血钾浓度 _____ mmol/L			
	血脂*	总胆固醇 _____ mmol/L 甘油三酯 _____ mmol/L 血清低密度脂蛋白 _____ mmol/L 血清高密度脂蛋白 _____ mmol/L			
	心电图	1 正常 2 ST 段改变 3 陈旧性心肌梗塞 4 窦性心动过速 5 窦性心动过缓 6 早搏 7 房颤 8 房室传导阻滞 9 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	胸部 X 线片*	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>			
	B 超*	腹部 B 超：1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>			
		其他 1 正常 2 异常 <input type="checkbox"/>			
	宫颈涂片*	1 正常 2 异常 _____ <input type="checkbox"/>			
	其他				
现存主要健康问题	脑血管疾病	1 未发现 2 缺血性卒中 3 脑出血 4 蛛网膜下腔出血 5 短暂性脑缺血 6 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	肾脏疾病	1 未发现 2 糖尿病肾病 3 肾功能衰竭 4 急性肾炎 5 慢性肾炎 6 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	心脏疾病	1 未发现 2 心肌梗死 3 心绞痛 4 冠状动脉血运重建 5 充血性心力衰竭 6 心前区疼痛 7 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	血管疾病	1 未发现 2 夹层动脉瘤 3 动脉闭塞性疾病 4 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	眼部疾病	1 未发现 2 视网膜出血或渗出 3 视乳头水肿 4 白内障 5 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	神经系统疾病	1 未发现 2 阿尔茨海默症（老年痴呆症） 3 帕金森病 4 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
	其他系统疾病	1 未发现 2 糖尿病 3 慢性支气管炎 4 慢性阻塞性肺气肿 5 恶性肿瘤 6 老年性骨关节炎 7 其他 _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
住院治疗情况	住院史	入/出院日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			
	家庭病床史	建/撤床日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			

主要用药情况	药物名称	用法	用量	用药时间	服药依从性 1 规律 2 间断 3 不服药
	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
非免疫规划 预防接种史	名称	接种日期		接种机构	
	1.				
	2.				
	3.				
健康评价	1 体检无异常 <input type="checkbox"/>				
	2 有异常				
	异常 1 _____				
	异常 2 _____				
	异常 3 _____				
	异常 4 _____				
健康指导	1 定期随访 2 纳入慢性病患者健康管理 3 建议复查 4 建议转诊		危险因素控制		
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
结果反馈	以上体检结果，健康评价已面对面反馈本人（家属），并已进行健康指导。				
	签字：_____（本人） / _____ 家属				
	反馈人签字：_____				
	反馈人时间：_____				