_____（盖章）医院健康体检表

<table>
<tr><td>姓　名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>年龄</td><td></td><td>婚否</td><td></td><td rowspan="3">照片</td></tr>
<tr><td>住址或单位</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>既往病史</td><td colspan="7"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td colspan="2">检 查 科 目</td><td>签名</td><td colspan="2">检 查 科 目</td><td>签名</td></tr>
<tr><td>血压</td><td>/　　mmHg</td><td rowspan="2"></td><td>身高</td><td>Cm</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>脉搏</td><td>次/分</td><td>体重</td><td>Kg</td></tr>
<tr><td rowspan="7">内科</td><td>发　育</td><td></td><td rowspan="7"></td><td rowspan="8">外科</td><td>头　颈</td><td></td><td rowspan="8"></td></tr>
<tr><td>营　养</td><td></td><td>四　肢</td><td></td></tr>
<tr><td>心血管系</td><td></td><td>脊　柱</td><td></td></tr>
<tr><td>肺呼吸道</td><td></td><td>肛　门</td><td></td></tr>
<tr><td>腹部脏器</td><td></td><td>疝　气</td><td></td></tr>
<tr><td>神经精神</td><td></td><td>淋　巴</td><td></td></tr>
<tr><td>其　他</td><td></td><td>皮　肤</td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td>其　他</td><td></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="4">眼</td><td rowspan="2">视力</td><td>左</td><td rowspan="2">矫正视力</td><td>左</td><td rowspan="4"></td><td>鼻</td><td>左</td><td>右</td><td></td></tr>
<tr><td>右</td><td>右</td><td>咽</td><td colspan="2"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">砂眼</td><td>左</td><td rowspan="2">色觉</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="2">口腔</td><td>龋齿</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>右</td><td>其他</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">耳</td><td>左</td><td colspan="2">右</td><td rowspan="2"></td><td rowspan="3">胸部透视</td><td colspan="2" rowspan="3"></td><td rowspan="3"></td></tr>
<tr><td>听力</td><td colspan="2">听力</td></tr>
<tr><td>肝功能</td><td colspan="3"></td><td></td></tr>
</table>

检查结果及意见：

医师签名：