编号

勃 利 县 人 民 医 院

**健 康 体 检 表**

**工作单位**

**姓 名**

**填发日期 年 月 日**

|  |  |
| --- | --- |
| 姓名 性别 年龄 职业  | 近期照片粘贴处 |
| 婚姻 既往病史  |
| 一般检查 | 身高 cm 体重 kg  |
| 体质指数 血压 mmHg |
| 内科 | 病史：心脏： 心率： 次/分肺： 腹部：肝： 脾：神经系统： | 医生签字 |
| 外科 | 病史：头颅：颈部：脊柱、四肢关节：皮肤黏膜：浅表淋巴结： | 医生签字 |
| 五官科 | 裸眼视力：左 右 矫正视力：左 右 辨色力：耳部：左 右 听力： 左 右鼻部： 咽部： 喉部： | 医生签字 |
| 胸透 |  | 医生签字 |
| 彩超 |  | 医生签字 |
| 心电 |  | 医生签字 |
| 粘贴化验单处 |
| 结论： | 主检医师签 名 |

勃利县人民医院健康管理中心

电话：0464—8570149