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