

哈尔滨市南岗区人民医院

# 身体检查表

姓名		性别		出生日期		近期 二寸免冠 正面半身 彩色照片 (加盖体检 医院公章)	
工作单位			联系电话				
身份证号				民族	婚否		
既往病史							
家族史							
眼科	裸眼视力	左		右		医师意见:	
	矫正视力						
	眼疾						
	色觉				签名:		
耳鼻喉科	听力	左		右		医师意见:	
	耳疾						
	鼻及鼻窦						
	嗅觉				签名:		
	咽						
	喉						
口腔科	粘膜					医师意见:	
	牙及牙龈					签名:	
	舌						
内科	呼吸	次/分	脉搏	次/分	血压	/ mmHg	医师意见:
	发育及营养						签名:
	心脏及血管						
	呼吸系统						
	腹部						
	神经及精神						
	其他						

