

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 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			
内 科	呼吸	次/分	脉搏	次/分	血压	/ mmHg	医师意见: 签名:
	发育及营养				腹 部		
	心脏及血管				神经及精神		
	呼吸系统				其 他		
外 科	身高	cm		体重	kg		医师意见: 签名:
	皮肤			淋巴结			
	头、颈			甲状腺			
	脊柱			四肢			
	其他						
辅 助 检 查	胸部放射线 检查						签名:
	心电图						签名:
	超声						签名:
化 验 检 查	血						签名:
	尿						签名:
体 检 结 果	(体检医院盖章) 主检医师签名: _____ 年 月 日						