上 海 交 通 大 学 医 学 院

毕业生体格检查表

姓名：	性别：	出生： 年 月 日	近期免冠一寸彩照
学号：	班级：	专业：	
手机：	培养单位：		

你是否患过下列疾病：患过请用“√”表示；没患过请用“x”表示

1.1 病毒性肝炎、肺结核、传染性疾病（ ）
1.2 精神障碍、神经系统疾病（ ）
1.3 心血管系统疾病（ ）
1.4 贫血及血液系统疾病（ ）
1.5 急慢性肾炎、其他泌尿系统疾病（ ）
1.6 消化系统疾病（ ）
1.7 糖尿病及其他内分泌系统疾病（ ）
1.8 恶性肿瘤（ ）
1.9 其他慢性病（）

如患过上述疾病，请填写具体病名：

我特此声明：以上我填写的内容正确无误 **签名：_____**

以上内容由学生填写

五官科	眼	裸眼视力	右	矫正视力	右 矫正度数		医师意见(签字)
			左		左 矫正度数		
		其他眼病		色觉检查	彩色图案及编码		医师意见(签字)
					单颜色识别 红、绿、紫、蓝、黄		
	耳	听力	右 公尺	耳疾			
			左 公尺				
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦疾病			
	颜面部			咽喉			

外科	身长	公分	体重	公斤	皮肤		医师意见(签字)
	淋巴		甲状腺		脊柱		
	四肢						
	关节		平跖足				
	其他						

内科	血压	毫米汞柱	心率(次/分)		医师意见(签字)

<table>
<tr><td rowspan="8">内
科</td><td>发育及
营养状况</td><td colspan="2"></td><td rowspan="8">医师意见
(签字)</td></tr>
<tr><td>神经及
精神</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>肺及
呼吸道</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>心脏及
血管</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">腹部
器官</td><td>肝</td><td></td></tr>
<tr><td>脾</td><td></td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">化验检查</td><td>肝功能</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">体检结论
及意见</td><td colspan="3">体检单位(盖章)

主检医生(盖章)</td></tr>
<tr><td colspan="2">备注</td><td colspan="3">体检日期：　　年　　月　　日</td></tr>
</table>