**江苏省中小学生健康体检用表（2019版）**

学校名称： 无锡市华庄中学 年级班级**\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

身份证号码：□□□□□□□□□□□□□□□□□□

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性别 | ⭘男 ⭘女 | 民族 |  |
| 出生日期 | 年 月 日 | 寄宿与否 | ⭘否 ⭘是 |
| **家****长****填****写** | 既往病史（打“√”） | 疾病名称 | 诊断日期 |
| ⭘肝炎 | 年 月 日 |
| ⭘肺结核 | 年 月 日 |
| ⭘有无肺结核密切接触史 | ⭘无 ⭘有 |
| ⭘先天性心脏病 | 年 月 日 |
| ⭘肾炎 | 年 月 日 |
| ⭘风湿病 | 年 月 日 |
| ⭘哮喘 | 年 月 日 |
| 其他病史说明**\*** |  |
| 残疾多选（打√）**\*** | ⭘视力 ⭘听力 ⭘言语 ⭘肢体 ⭘智力 ⭘精神 |
| 其他残疾说明**\*** |  |
|  |  | 家长签名 |  |
| **一般** | 身高 | （cm） | 体重 | （kg） |
| 收缩压 | (mmHg) | 舒张压 | (mmHg) |
|  |  | 医师签名 |  |
| **眼科** | 结膜 | ⭘正常 ⭘异常 | 角膜 | ⭘正常 ⭘异常 |
| 晶体 | ⭘正常 ⭘异常 | 瞳孔 | ⭘正常 ⭘异常 |
| 眼位 | ⭘正常 ⭘异常 | 眼球运动 | ⭘正常 ⭘异常 |
| 异常视觉行为 | ⭘无 ⭘畏光 ⭘眯眼 ⭘歪头 ⭘其它 |
| 戴镜情况 | ⭘不带镜 ⭘佩戴框架眼镜 ⭘佩戴隐形眼镜 |
| ⭘佩戴角膜塑形镜**\*** | 右眼：□.□□D**\*** | 左眼：□.□□D**\*** |
| 右眼裸眼视力（按5.0计数法） |  | 左眼裸眼视力（按5.0计数法） |  |
| 右眼戴镜视力**\***（按5.0计数法） |  | 左眼戴镜视力**\***（按5.0计数法） |  |
| 屈光度检查 | 右眼 | 1. + ② - ③ 0 球镜（S）□.□□D
 |
| 1. + ② - ③ 0 柱镜（C）□.□□D
 |
| 轴向值 (A)□□□° |
| 左眼 | 1. + ② - ③ 0 球镜（S）□.□□ D
 |
| 1. + ② - ③ 0 柱镜（C）□.□□D
 |
| 轴向值 (A)□□□° |
| 临床印象 | ⭘未见异常 ⭘近视 ⭘远视 ⭘弱视 ⭘斜视⭘散光 ⭘沙眼 ⭘结膜炎 ⭘其他\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 角膜曲率半径**\*** | 右眼：□□.□□mm | 眼轴长度\* | 右眼：□□.□□mm |
| 左眼：□□.□□mm | 左眼：□□.□□mm |
| 随访**\*** |  |
| 转诊**\*** |  |
| 色觉**\*** | ⭘正常 ⭘异常 | 医师签名 |  |
| **口腔** | 齿列 | ⭘整齐 ⭘不齐 | 牙周 | ⭘正常 ⭘异常 |
| 有无龋齿 | ⭘无 ⭘有 | 龋患牙数 | 乳牙 恒牙 |
| 龋失牙数 | 乳牙 恒牙 |
| 龋补牙数 | 乳牙 恒牙 |
| 其他记录**\*** |  |
|  |  | 医师签名 |  |
| **外科** | 皮肤 | ⭘正常 ⭘潮红 ⭘苍白 ⭘发绀 ⭘黄染⭘色素沉着 ⭘湿疹 ⭘糜烂 ⭘其他 |
| 淋巴结 | ⭘未触及 ⭘锁骨上 ⭘腋窝 ⭘其他 |
| 头部 | ⭘正常 ⭘异常 | 颈部 | ⭘正常 ⭘异常 |
| 脊柱 | ⭘正常 ⭘变形 | 四肢 | ⭘正常 ⭘残疾 |
| 胸部 | ⭘正常 ⭘桶状胸 ⭘扁平胸 ⭘鸡胸 ⭘漏斗胸 ⭘其他 |
| 其他记录\* |  |
|  |  | 医师签名 |  |
| **内科** | 近期不适症状 | ⭘疲乏无力 ⭘低热 ⭘盗汗 ⭘胸痛⭘咳嗽 ⭘咳痰 ⭘食欲减退 ⭘消瘦 |
| 其它症状\* |  |
| 心率 | （次/分钟） | 心脏杂音 | ⭘无 ⭘有 |
| 心律 | ⭘齐 ⭘不齐 |
| 肺部罗音 | ⭘无 ⭘干罗音 ⭘湿罗音 |
| 肝 | ⭘正常 ⭘肝大 | 脾 | ⭘正常 ⭘脾大 |
| 其他记录\* |  |
|  |  | 医师签名 |  |
| **检验** | 肝功能ALT\*\* | （U/L） | 肝功能TBIL\*\* | （μmol/L） |
| 血红蛋白\*\* | （g/L） | 结核菌素试险\*\* | ⭘阴性⭘阳性⭘强阳性 |
| 其他化验\* |  |
|  |  | 检验师签名 |  |
| **检查** | 胸部X线检查\*\* | ⭘未见异常⭘异常，情况描述 |
|  |  | 医师签名 |  |
| 需复查项目\* |  |
| 本次体检结论 |  |
| 健康评价 | ⭘健康良好 ⭘患有疾病 ⭘身体残疾 |
| 健康指导 |  |
| 体检单位 |  |
| 主检医生签名 |  | 体检日期 | 年月日 |

注：

1. 请在相应选项的“⭘”上面打“√”。
2. 未标注的项目为必检项目；标注的项目为选择检查项目。
3. \*如检查，结果须上报；
4. 肝功能ALT\*\*、肝功能TBIL\*\*、血红蛋白\*\*为寄宿制学生必要时检查项目，如检查，结果须上报；
5. 结核菌素试验\*\*：对高中和寄宿制初中的入学新生及其他学段有肺结核密切接触者必须检查项目，结果必须上报；
6. 胸部X线检查\*\*：对肺结核可疑症状者和结核菌素试验强阳性者必须检查项目，结果必须上报。