

附件：

## 江苏省中小學生健康体检用表（2019版）

学校名称：\_\_\_\_\_ 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	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	角 膜	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	晶 体	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	瞳 孔	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	眼 位	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	眼球运动	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	异常视觉行为	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 畏光 <input type="radio"/> 眯眼 <input type="radio"/> 歪头 <input type="radio"/> 其它			
	戴镜情况	<input type="radio"/> 不带镜 <input type="radio"/> 佩戴框架眼镜 <input type="radio"/> 佩戴隐形眼镜			
		<input type="radio"/> 佩戴角膜塑形镜*	左 □.□□D*	右 □.□□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	<input type="radio"/> 未见异常 <input type="radio"/> 近视 <input type="radio"/> 远视 <input type="radio"/> 弱视 <input type="radio"/> 斜视 <input type="radio"/> 散光 <input type="radio"/> 沙眼 <input type="radio"/> 结膜炎 <input type="radio"/> 其他_____			
角膜曲率半径*	□□. □□mm	眼轴长度*	□□.□□mm		
随 访*					
转 诊*					
色 觉*	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	医师签名			
口腔	齿 列	<input type="radio"/> 整齐 <input type="radio"/> 不齐	牙 周	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	
	有无龋齿	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 潮红 <input type="radio"/> 苍白 <input type="radio"/> 发绀 <input type="radio"/> 黄染 <input type="radio"/> 色素沉着 <input type="radio"/> 湿疹 <input type="radio"/> 糜烂 <input type="radio"/> 其他		
	淋巴结	<input type="radio"/> 未触及 <input type="radio"/> 锁骨上 <input type="radio"/> 腋窝 <input type="radio"/> 其他		
	头部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常	颈部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 异常
	脊柱	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 变形	四肢	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 残疾
	胸部	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 桶状胸 <input type="radio"/> 扁平胸 <input type="radio"/> 鸡胸 <input type="radio"/> 漏斗胸 <input type="radio"/> 其他		
	其他记录*			
			医师签名	
内科	近期不适症状	<input type="radio"/> 疲乏无力 <input type="radio"/> 低热 <input type="radio"/> 盗汗 <input type="radio"/> 胸痛 <input type="radio"/> 咳嗽 <input type="radio"/> 咳痰 <input type="radio"/> 食欲减退 <input type="radio"/> 消瘦		
	其它症状*			
	心 率	(次/分钟)	心脏杂音	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 有
	心 律	<input type="radio"/> 齐 <input type="radio"/> 不齐		
	肺部罗音	<input type="radio"/> 无 <input type="radio"/> 干罗音 <input type="radio"/> 湿罗音		
	肝	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 肝大	脾	<input type="radio"/> 正常 <input type="radio"/> 脾大
	其他记录*			
		医师签名		
检验	肝功能 ALT**	(U/L)	肝功能 TBIL**	( $\mu\text{mol/L}$ )
	血红蛋白**	(g/L)	结核菌素试验**	<input type="radio"/> 阴性 <input type="radio"/> 阳性
	其他化验*			
			检验师签名	
检查	胸部 X 线检查**	<input type="radio"/> 未见异常 <input type="radio"/> 异常, 情况描		
			医师签名	
需复查项目*				
本次体检结论				
健康评价		<input type="radio"/> 健康良好 <input type="radio"/> 患有疾病 <input type="radio"/> 身体残疾		
健康指导				
体检单位				
主检医生签名			体检日期	

注：

- 1、请在相应选项的“○”上面打“√”。
- 2、\*如检查，结果须上报；
- 3、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；
- 4、结核菌素试验\*\*：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；
- 5、胸部 X 线检查\*\*：对肺结核可疑症状者和结核菌素试验阳性者必须检查项目，结果必须上报。