附件1：

江苏省中小学生健康体检用表（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 | 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**\*** | ○视力 ○听力 ○言语 ○肢体 ○智力 ○精神 |
| 其他残疾说明**\*** |  |
|  |  | 家长签名 |  |

学校名称：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 年级 班级**\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 学生姓名 |  | 性 别 | ⭘男 ⭘女 | 民 族 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**\*** | 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 | ⭘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**\*** | □□. □□mm | 眼轴长度\* | □□.□□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 |  |
| 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 |  |