祈福医院

Clifford Hospital

祈福英语实验小学 学生健康体检表

Physical Examination Record for Clifford School Student

编号（No.）：　　日期 Date：_____

姓名 Name	班级 Grade	性别 Sex		贴照片处 Photo
出生日期 Date of Birth	国家或地区 Country or Area			
现在通讯地址 Present Mailing Address				
电话 Telephone				

既往病史 Medical Record(请选择“有”或“无”，please indicate "yes" or "no")

传染病: Infectious Disease	肺结核 □ 有 Yes Phthsis □ 无 No	病毒性肝炎 □ 有 Yes Virus hepatitis □ 无 No
先天病史: Congenital Disease	心脏病 □ 有 Yes Heart Disease □ 无 No	
其它疾病: Other disease		

身高(cm): Height	体重(kg) Weight	发育状况 Development
胸围 Chest Circumference	血压 / mmHg Blood pressure	营养状况 Nutritional level

内科 Internal Organ Status	心脏 Heart	肺脏 Lungs	肝 Liver
	脾 Spleen	其它 Others	医生签名 Doctor's Signature
外科 General Surgery	皮肤 Skin	淋巴结 Lymph Nodes	头颈部 Head and Neck
	脊柱 Spine	胸部 Chest	四肢 Extremities
	生殖器官 Genital		医生签名 Doctor's Signature

眼科 Eyes	视力 Vision	左 L	右 R	矫正视力 Corrected Vision	左 L	右 R
	辨色 Color Sense	左 L	右 R	沙眼 Trachoma	左 L	右 R
	其它 Others			医生签名 Doctor's Signature		
耳、鼻、喉 Ears/Nose/ Throat	听力 Hearing	左 L	右 R	扁桃体 Tonsils		
	鼻 nose			医生签名 Doctor's Signature		
口腔 Dental Surgery	牙齿 Teeth			龋齿 Decayed Tooth		
	其它 Others			医生签名 Doctor's Signature		
检验 Blood Test	血常规 Blood RT			血型: Blood Type		
	ALT 转氨酶 ALT					
				医生签名 Doctor's Signature		
意见和 建议 Suggestion						
	医生签名 Doctor's Signature			医院盖章 stamp		
	日期 Date					