

体检时请必带“儿童保健系统管理手册”
Please bring your child's "Physical Record" to the doctor.



祈福医院
Clifford Hospital

祈福英语实验学校学生健康体检表
Physical Examination Record for Clifford School Student

编号 (No.):

日期Date: _____

姓名 Name		班级 Grade	性别 ☐ 男 Male Sex ☐ 女 Female	贴照片处 Photo
出生日期 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 Phthisis ☐ 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	<table border="0"> <tr> <td>视力 Vision</td> <td>左 L</td> <td>右 R</td> <td>矫正视力 Corrected Vision</td> <td>左 L</td> <td>右 R</td> </tr> <tr> <td>辨色 Color Sense</td> <td>左 L</td> <td>右 R</td> <td>沙眼 Trachoma</td> <td>左 L</td> <td>右 R</td> </tr> <tr> <td>其它 Others</td> <td colspan="5">医生签名 Doctor's Signature</td> </tr> </table>	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				
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	<table border="0"> <tr> <td>听力 Hearing</td> <td>左 L</td> <td>右 R</td> <td>扁桃体 Tonsils</td> </tr> <tr> <td>鼻 nose</td> <td colspan="3">医生签名 Doctor's Signature</td> </tr> </table>	听力 Hearing	左 L	右 R	扁桃体 Tonsils	鼻 nose	医生签名 Doctor's Signature												
听力 Hearing	左 L	右 R	扁桃体 Tonsils																
鼻 nose	医生签名 Doctor's Signature																		
口腔 Dental Surgery	<table border="0"> <tr> <td>牙齿 Teeth</td> <td>龋齿 Decayed Tooth</td> </tr> <tr> <td>其它 Others</td> <td>医生签名 Doctor's Signature</td> </tr> </table>	牙齿 Teeth	龋齿 Decayed Tooth	其它 Others	医生签名 Doctor's Signature														
牙齿 Teeth	龋齿 Decayed Tooth																		
其它 Others	医生签名 Doctor's Signature																		
检验 Blood Test	<table border="0"> <tr> <td>血常规 Blood RT</td> <td>血型: Blood Type</td> </tr> <tr> <td>ALT转氨酶 ALT</td> <td>医生签名 Doctor's Signature</td> </tr> </table>	血常规 Blood RT	血型: Blood Type	ALT转氨酶 ALT	医生签名 Doctor's Signature														
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	<table border="0"> <tr> <td>医生签名 Doctor's Signature</td> <td>医院盖章 stamp</td> </tr> <tr> <td>日期 Date</td> <td></td> </tr> </table>	医生签名 Doctor's Signature	医院盖章 stamp	日期 Date															
医生签名 Doctor's Signature	医院盖章 stamp																		
日期 Date																			