|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **新生入学体检表（红色标注处需学生自行填写）** | | | | | | | |
| 以下内容由本人如实填写： 电话：填写学生本人电话号码 | | | | | | | |
| 学院 | XX学堂 | | 姓名 | XX | 学号 | | 自行填写 |
| 现病史 | 自行填写 | | 既往病史 | 请新生如实填写 | 药物过敏史 | | 请新生如实填写 |
| 流行病史 | 有或无  （若有请写出具体疾病名称） | | 家族史 | 有或无  （若有请写出具体疾病名称） | 疫苗接种史  (接种过请在对应项目上打钩) | | 新冠疫苗 口 |
| 麻风腮疫苗 口 |
| 身体检查： | | | | | | | |
| 身高 | | 自行填写cm | 体重 | 自行填写Kg | 辨色力 |  | |
| 视力 | | 裸眼视力  （不近视的同学填写） | 右： | 矫正视力  （近视的同学只需根据自己镜片度数填写“矫正眼镜度数”）即可 | 右： | 矫正眼镜度数 | |
| 左： | 左： | 矫正眼镜度数 | |
| 血压 | | mmHg | | | 心率 | 次/分 | |
| 内科：心脏、肺部、肝胆、脾、腹部、肾 | | | | 意见：  医生签字： | | | |
| 外科：皮肤及淋巴结、颈部、甲状腺、脊柱四肢、残缺畸形： | | | | 意见：  医生签字：： | | | |
| 胸片检查 | |  | | | 医生签字： | | |
| 血检肝功能（谷丙转氨酶） | | |  | | 检验者签字： | | |
| 说明：学生须如实填写，如发现隐瞒严重疾病，不符合入学健康标准，可取消入学资格. | | | | | | | |