

健康体检表

姓 名:

编号□□□-□□□□□□

体检日期	年 月 日	责任医生				
内 容	检 查 项 目					
症 状	1 无症状 2 头痛 3 头晕 4 心悸 5 胸闷 6 胸痛 7 慢性咳嗽 8 咳痰 9 呼吸困难 10 多饮 11 多尿 12 体重下降 13 乏力 14 关节肿痛 15 视力模糊 16 手脚麻木 17 尿急 18 尿痛 19 便秘 20 腹泻 21 恶心呕吐 22 眼花 23 耳鸣 24 乳房胀痛 25 其他 _____ □/□/□/□/□/□/□/□/□/□					
一 般 状 况	体 温	℃	脉 率	次/分钟		
	呼吸频率	次/分钟	血 压	左 侧	/ mmHg	
				右 侧	/ mmHg	
	身 高	cm	体 重	kg		
	腰 围	cm	体质指数 (BMI)	Kg/m ²		
	老年人健康状态自我评估*	1 满意 2 基本满意 3 说不清楚 4 不太满意 5 不满意				□
	老年人生活自理能力自我评估*	1 可自理 (0~3分) 2 轻度依赖 (4~8分) 3 中度依赖 (9~18分) 4 不能自理 (≥19分)				□
	老年人认知功能*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 简易智力状态检查, 总分_____				□
老年人情感状态*	1 粗筛阴性 2 粗筛阳性, 老年人抑郁评分检查, 总分_____				□	
生 活 方 式	体育锻炼	锻炼频率	1 每天 2 每周一次以上 3 偶尔 4 不锻炼			□
		每次锻炼时间	分钟	坚持锻炼时间	年	
		锻炼方式				
	饮食习惯	1 荤素均衡 2 荤食为主 3 素食为主 4 嗜盐 5 嗜油 6 嗜糖				□/□/□
	吸烟情况	吸烟状况	1 从不吸烟 2 已戒烟 3 吸烟			□
		日吸烟量	平均_____支			
		开始吸烟年龄	_____岁	戒烟年龄	_____岁	
	饮酒情况	饮酒频率	1 从不 2 偶尔 3 经常 4 每天			□
		日饮酒量	平均_____两			
		是否戒酒	1 未戒酒 2 已戒酒, 戒酒年龄: _____岁			□
开始饮酒年龄		_____岁	近一年内是否曾醉酒	1 是 2 否		
饮酒种类		1 白酒 2 啤酒 3 红酒 4 黄酒 5 其他_____ □/□/□/□				

	职业病危害因素接触史	1 无 2 有 (工种_____从业时间____年) <input type="checkbox"/> 毒物种类 粉尘_____ 防护措施 1 无 2 有____ <input type="checkbox"/> 放射物质_____ 防护措施 1 无 2 有____ <input type="checkbox"/> 物理因素_____ 防护措施 1 无 2 有____ <input type="checkbox"/> 化学物质_____ 防护措施 1 无 2 有____ <input type="checkbox"/> 其他_____ 防护措施 1 无 2 有____ <input type="checkbox"/>	
脏器功能	口 腔	口唇 1 红润 2 苍白 3 发绀 4 皲裂 5 疱疹 <input type="checkbox"/> 齿列 1 正常 2 缺齿 <input type="checkbox"/> 3 龋齿 <input type="checkbox"/> 4 义齿(假牙) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 咽部 1 无充血 2 充血 3 淋巴滤泡增生 <input type="checkbox"/>	
	视 力	左眼 _____ 右眼 _____ (矫正视力: 左眼 _____ 右眼 _____)	
	听 力	1 听见 2 听不清或无法听见 <input type="checkbox"/>	
	运动功能	1 可顺利完成 2 无法独立完成任何一个动作 <input type="checkbox"/>	
查 体	眼 底*	1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
	皮 肤	1 正常 2 潮红 3 苍白 4 发绀 5 黄染 6 色素沉着 7 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	巩 膜	1 正常 2 黄染 3 充血 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	淋巴结	1 未触及 2 锁骨上 3 腋窝 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	肺	桶状胸: 1 否 2 是 <input type="checkbox"/>	
		呼吸音: 1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
		罗 音: 1 无 2 干罗音 3 湿罗音 4 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	心 脏	心率: _____ 次/分钟 心律: 1 齐 2 不齐 3 绝对不齐 <input type="checkbox"/> 杂音: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/>	
	腹 部	压痛: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 包块: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 肝大: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 脾大: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/> 移动性浊音: 1 无 2 有_____ <input type="checkbox"/>	
	下肢水肿	1 无 2 单侧 3 双侧不对称 4 双侧对称 <input type="checkbox"/>	
	足背动脉搏动*	1 未触及 2 触及双侧对称 3 触及左侧弱或消失 4 触及右侧弱或消失 <input type="checkbox"/>	
	肛门指诊*	1 未及异常 2 触痛 3 包块 4 前列腺异常 5 其他_____ <input type="checkbox"/>	
	乳 腺*	1 未见异常 2 乳房切除 3 异常泌乳 4 乳腺包块 5 其他____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	妇科*	外阴	1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		阴道	1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
宫颈		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
宫体		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
附件		1 未见异常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
其 他*			

辅助检查	血常规*	血红蛋白_____g/L 白细胞_____×10 ⁹ /L 血小板_____×10 ⁹ /L 其他_____
	尿常规*	尿蛋白_____ 尿糖_____ 尿酮体_____ 尿潜血_____ 其他_____
	空腹血糖*	_____mmol/L 或 _____mg/dL
	心电图*	1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
辅助检查	尿微量白蛋白*	_____mg/dL
	大便潜血*	1 阴性 2 阳性 <input type="checkbox"/>
	糖化血红蛋白*	_____%
	乙型肝炎表面抗原*	1 阴性 2 阳性 <input type="checkbox"/>
	肝功能*	血清谷丙转氨酶_____U/L 血清谷草转氨酶 _____U/L 白蛋白_____g/L 总胆红素 _____μmol/L 结合胆红素 _____μmol/L
	肾功能*	血清肌酐_____μmol/L 血尿素_____mmol/L 血钾浓度_____mmol/L 血钠浓度_____mmol/L
	血脂*	总胆固醇_____mmol/L 甘油三酯_____mmol/L 血清低密度脂蛋白胆固醇_____mmol/L 血清高密度脂蛋白胆固醇_____mmol/L
	胸部X线片*	1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
	B超*	腹部B超 1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
		其他 1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>
宫颈涂片*	1 正常 2 异常_____ <input type="checkbox"/>	
其他*		
现存主要健康问题	脑血管疾病	1 未发现 2 缺血性卒中 3 脑出血 4 蛛网膜下腔出血 5 短暂性脑缺血发作 6 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	肾脏疾病	1 未发现 2 糖尿病肾病 3 肾功能衰竭 4 急性肾炎 5 慢性肾炎 6 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	心脏疾病	1 未发现 2 心肌梗死 3 心绞痛 4 冠状动脉血运重建 5 充血性心力衰竭 6 心前区疼痛 7 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	血管疾病	1 未发现 2 夹层动脉瘤 3 动脉闭塞性疾病 4 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	眼部疾病	1 未发现 2 视网膜出血或渗出 3 视乳头水肿 4 白内障 5 其他_____ <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/>
	神经系统疾病	1 未发现 2 有 _____ <input type="checkbox"/>

	其他系统疾病	1 未发现 2 有 _____ <input type="checkbox"/>			
住院治疗 情况	住院史	入/出院日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			
	家庭 病床史	建/撤床日期	原因	医疗机构名称	病案号
		/			
		/			
主要用药 情况	药物名称	用法	用量	用药时间	服药依从性 1 规律 2 间断 3 不服药
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
非免疫 规划预防 接种史	名称	接种日期	接种机构		
	1				
	2				
	3				
健康 评价	1 体检无异常 <input type="checkbox"/> 2 有异常 异常 1 _____ 异常 2 _____ 异常 3 _____ 异常 4 _____				

<p>健康指导</p>	<p>1 纳入慢性病患者健康管理 2 建议复查 3 建议转诊</p> <p style="text-align: right;">□/□/□</p>	<p>危险因素控制： □/□/□/□/□/□/□</p> <p>1 戒烟 2 健康饮酒 3 饮食 4 锻炼</p> <p>5 减体重（目标 _____ Kg）</p> <p>6 建议接种疫苗 _____</p> <p>7 其他 _____</p>
-------------	--	--

