

被送养儿童体格检查表

Children Medical Examination Record

被送养儿童姓名:

Child's Name: _____

社会福利机构名称:

Welfare Institute: _____

医院名称:

Hospital: _____

中华人民共和国民政部制

Printed by Ministry of Civil Affairs of the People's Republic of China

姓名: 性别: 出生日期: 年 月 日 Name: Sex: Date of birth:	照 片
送养人(机构): Placement person(Institute):	
既往病史: Medical history:	
体格发育: 身高 厘米 体重 公斤 Physical Height (cm) Weight (kg) growth 头围 厘米 胸围 厘米 Head circumference (cm) Chest circumference (cm)	医生签字: Doctor's sig.
视力: 左 L. 矫正视力: 左 L. Vision: 右 R. Corrective vision: 右 R. 辨色力: 沙眼病: 左 L. Color sense: Trachoma: 右 R. 其他眼病: Others:	意见: Comment: 医生签字: Doctor's sig.
听力: 左 L. 耳疾: 左 L. Hearing: 右 R. Ear disease: 右 R. 鼻: 嗅觉: 其他: Nose: Sense of smell: Others:	意见: Comment: 医生签字: Doctor's sig.
咽喉: 口腔: 牙齿数目: Throat: Oral cavity: Teeth: 龋齿: Dental caries:	医生签字: Doctor's sig.
肺部: Lungs:	意见: Comment:
腹部: 肝 脾 Abdomen: Liver: Spleen:	医生签字: Doctor's sig.

心脏: Heart:	心率 Heart rate	心律 Rhythm	意见: Comment:
血压: Blood pressure:			
神经系统: Nervous system:	神经反射 Nervous reflex		医生签字: Doctor's sig.
脊柱: Spine:	胸廓: Thorax:		意见: Comment:
四肢: Limbs:	运动 Motion	畸形 Deformity	
皮肤: Skin:	肛门: Anus:	泌尿生殖系: Urinogenital system:	医生签字: Doctor's sig.
疝气: Hernia:	囟门: Fontanel:	其他: Others:	
<p>化验室检查: 血常规、尿常规、乙肝五项、HIV 抗体、梅毒抗体 Laboratory exam: Blood Rt., Urinalysis, HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HbeAb, Anti-HIV, Syphilis(RPR)。</p>			
<p>注: 6岁以下儿童不做尿常规检查, 6岁以上(含6岁)儿童需做尿常规检查 (化验检查报告单应依次粘贴在化验检查报告粘贴纸上)</p>			
<p>结论及意见: Conclusion and Suggestion:</p>			
主检医师签字: Signed by:		医院公章 年 月 日	

化验检查报告粘贴纸

(粘贴不完可另附页)

填 表 说 明

- 一、体检异常者应进一步做相关检查以求尽可能明确诊断。
- 二、表内项目均应认真检查和填写，字迹、印章应清晰工整。
- 三、此表用 A4 纸打印。