

幼儿园名称：

预约号：

济南市儿童入园健康检查表

编号：体检日期： 年 月 日

姓名		性别		出生日期： 年 月 日		年龄： 岁 月		照片																																																																
父名		母名		现住址																																																																				
既往病史：1. 无 2. 先天性心脏病 3. 癫痫 4. 高热惊厥 5. 哮喘 6. 结核病：接触史 病史 7. 其他：																																																																								
过敏史		儿童家长确认签名：		电话：																																																																				
身 高：		Cm		体 重：		Kg																																																																		
体格发育评价 <table><tr><td>评价</td><td>上</td><td>中_上</td><td>中₊</td><td>中₋</td><td>中_下</td><td>下</td></tr><tr><td>体重</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>身高</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="7"></td></tr><tr><td rowspan="2">营养 不良</td><td colspan="2">消瘦</td><td colspan="2">低体重</td><td colspan="2">发育迟缓</td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td><td colspan="2"></td></tr></table> 体型 <table><tr><td>均称型</td><td>粗壮型</td><td>纤细型</td><td>待定</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">体重正常</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td colspan="4"></td></tr><tr><td rowspan="2">肥胖</td><td>轻度</td><td>中度</td><td>重度</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>								评价	上	中 _上	中 ₊	中 ₋	中 _下	下	体重							身高														营养 不良	消瘦		低体重		发育迟缓								均称型	粗壮型	纤细型	待定					体重正常								肥胖	轻度	中度	重度				
评价	上	中 _上	中 ₊	中 ₋	中 _下	下																																																																		
体重																																																																								
身高																																																																								
营养 不良	消瘦		低体重		发育迟缓																																																																			
均称型	粗壮型	纤细型	待定																																																																					
体重正常																																																																								
肥胖	轻度	中度	重度																																																																					
体格 检 查	皮肤：				心脏：																																																																			
	头颅：				肝脾：																																																																			
	咽部：				脊柱四肢：：																																																																			
	胸廓：				外生殖器：																																																																			
	肺脏：				其他：																																																																			
	眼	左	视力	左	耳	左	牙	牙齿数：																																																																
		右		右		右		龋齿数：																																																																
辅助 检 查	血红蛋白： g/L				谷丙转氨酶：																																																																			
	其他：																																																																							
检查 结果					检查单位： (盖 章)																																																																			
医 生 意 见					医生签字：																																																																			