**应征公民体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | （照片） |
| 文化程度 |  | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 职 业 |  | 身份号码 |  |
| 毕业学校或工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 外科 | 身高 cm 体重 kg  | 医师意见：签名： |
| 病 史 |  |
| 口腔科 | 牙周炎 牙列不齐 缺齿 其他  | 医师意见：签名： |
| 病 史 |  |
| 眼科 | 视 力 | 右眼 左眼 | 医师意见：签名： |
| 色 觉 | □正常 □色弱 □色盲 □单色识别能力正常 |
| 病 史 |  |
| 血常规 | 血常规：红细胞： 白细胞： 血色素： 血小板： | 医师意见：签名： |
| 病 史 |  |
| 尿常规 | 尿常规： 尿毒品 尿沉渣镜检 | 医师意见：签名： |
| 病 史 |  |
| 腹部B超 |  | 医师意见：签名： |
| 胸部X线 |  | 医师意见：签名： |
| 主检意见 |  主检医师签名： 年 月 日  |  |
| 体检结果及结论 | （此项免填） 县（市、区人民政府征兵办公室） 年 月 日  |  |
| 备注 | 此体检表打印正反面。 |  |