

## “集善如新儿童蜜儿餐项目”体检表

姓名		性别		出生日期				照片
民族		残疾类别		校方联系人		电话		
学校名称				地址				
家庭地址				电话				
既往病史 (本人如实告知)								
检查项目		第一次检查 状况	时间	第二次检查 状况	时间	第三次检查 状况	时间	
身高								
体重kg								
肺活量								
血压								
心								
肺								
肝								
脾								
视力	左							
	右							
色觉								
龋齿								
牙周								
耳								
鼻								
扁桃体								
头部								
颈部								
胸部								
脊柱								
四肢								
皮肤								
淋巴结								
医生签名				当地残联(基金会)签章				