



外科	身高 厘米		体重 千克		检查者	医师签名
	皮肤			面部		
	颈部			脊柱		
	四肢			关节		
	其它					
耳鼻咽喉科	听力	左耳 米	右耳 米	检查者		医师签名
	嗅觉				检查者	
	耳鼻喉					
口腔科	唇腭					医师签名
	牙齿					
	其它					
胸部 X 射线检查					医师签名	
化 验	丙氨酸氨基转移酶 (ALT)				医师签名	
体检机构意见	主检医师签名: _____ 体检机构公章 _____ 年 月 日					