附件1

直属学校学生常规体检项目

1．内科常规检查：心、肺、肝、脾；

2．眼科检查：视力、沙眼、结膜炎，色觉（中学入学新生）；

3．口腔科检查：牙齿、牙周；

4．外科检查：头部、颈部、胸部、脊柱、四肢、皮肤、淋巴结；

5．耳鼻咽喉科检查：耳、鼻、扁桃体；

6．形体指标检查：身高、体重、胸围；

7．生理功能指标检查：脉搏、血压、肺活量；

8．结核病筛查（寄宿制学校全体学生、非寄宿制学校2020级新生和住宿学生）。

附件2

直属学校学生体检情况反馈表

学校名称（盖章）： 填表时间：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 体 检学 生总 数 |  | 体 检时 间 |  |
| 常 规体 检单 位 |  | 常规体检每生费用 |  |
| 结核病检查单位 |  | 结核病检查每生费用 |  |
| 公用费 支出 |  |
| 发现结核病学生及处理情况： |

此表请于本校体检结束后立即上报市教育局德体处。

附件3

直属学校学生健康检查表

学 校： 姓 名： 性 别：

班级、专业： 出生年月： 学 号：

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 年 级 | 高一年级 | 高二年级 | 高三年级 |
| 体 检 日 期 |  |  |  |
| 学 期 | 第一学期 | 第二学期 | 第一学期 | 第二学期 | 第一学期 | 第二学期 |
| 视力 | 左 | 裸眼视力 |  |  |  |  |  |  |
| 矫正视力 |  |  |  |  |  |  |
| 矫正度数 |  |  |  |  |  |  |
| 右 | 裸眼视力 |  |  |  |  |  |  |
| 矫正视力 |  |  |  |  |  |  |
| 矫正度数 |  |  |  |  |  |  |
| 发育及营养状况 |  |  |  |
| 身 高 （cm） |  |  |  |
| 体 重 （kg） |  |  |  |
| 胸 围 （cm） |  |  |  |
| 肺活量 （ml） |  |  |  |
| 血 压（mmhg）（kpa） |  |  |  |
| 脉 搏（次/分） |  |  |  |
| 沙眼 |  |  |  |
| 结膜炎 |  |  |  |
| 色觉 |  |  |  |
| 耳疾 |  |  |  |
| 鼻病 |  |  |  |
| 扁桃体炎 |  |  |  |
| 口腔 | 牙齿 |  |  |  |
| 牙周 |  |  |  |
| 心脏、肺 |  |  |  |
| 肝脾、胃肠 |  |  |  |
| 脊柱、四肢 |  |  |  |
| 平足 |  |  |  |
| 结核菌素试验 |  |  |  |
| 皮肤 |  |  |  |
| 既往病史 |  |  |  |
| 医院盖章或校医签名 |  |  |  |
| 备 注 |  |

附件4

直属学校学生健康体检结核病筛检表

（第一联 体检医院交体检学生）

姓名： 年龄： 岁 性别： 男 女

学校、年级和班级：

卡痕：有 无 肺结核密切接触史：有 无

可疑症状：有 无 1咳嗽咳痰≥2周； 2咯血或痰带血； 3发热； 4胸痛。

注意：有下列情况请到市二医院门诊注射室或市红会医院急诊室检查

1．无卡痕、有密切接触史、有可疑症状者需做PPD（结核菌素）试验；

2．年龄≥15周岁有可疑症状者、PPD（结核菌素）试验强阳性者需摄胸片；

3．凡肺结核可疑症状者、结核菌素皮肤试验强阳性者、胸部X光片异常者需痰检。

体检医生签名： ；体检日期：20 年 月 日 学校（盖章）：

••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••

直属学校学生健康体检结核病筛检表

（第二联 结核病筛检医院反馈给学校）

姓名： 年龄： 岁 性别： 男 女

学校、年级和班级：

 年 月 日 时结核菌素皮试，PPD IU， 年 月 日 时查看结果，硬结 mm，水泡 有 无，糜烂 有 无，淋巴管炎 有 无，双圈反应 有 无。

痰检结果：

胸片检查：

体检医生签名： ；体检日期：20 年 月 日；医院盖章（盖章）：

••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••••

直属学校学生健康体检结核病筛检表

（第三联 结核病筛检医院交体检学生）

姓名： 年龄： 岁 性别： 男 女

学校、年级和班级：

 年 月 日 时结核菌素皮试，PPD IU， 年 月 日 时查看结果，硬结 mm，水泡 有 无，糜烂 有 无，淋巴管炎 有 无，双圈反应 有 无。

痰检结果：

胸片检查：

体检医生签名： ；体检日期：20 年 月 日 ；医院盖章（盖章）：