附件2

儿童入园（所）健康检查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | 性别 |  | 年龄 | | |  | | | 出生日期 | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 既往  病史 | | 1. 先天性心脏病 2.癫痫 3.高热惊厥 4.哮喘   5.肺结核密切接触史 可疑症状： 6.其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 过敏史 | |  | | | | | | | | 儿童家长确认签名 | | | | | | |  | | | | |
| 体格检查 | 体重 | kg | | 评价 |  | | 身高 | | | cm | | | | 评价 | | |  | | | 皮肤 |  |
| 眼 | 左 | | 视力 | 左 | | 耳 | | | 左 | | | | 口腔 | | | 牙齿数 | | |  | |
| 右 | | 右 | | 右 | | | | 龋齿数 | | |  | |
| 头颅 |  | | 胸廓 |  | | | | | 脊柱四肢 | | | |  | | | 咽部 | | |  | |
| 心肺 |  | | 肝脾 |  | | 外生殖器 | | | |  | | | | 其他 | | | |  | | |
| 辅助检查 | 血红蛋白(Hb) | | |  | | | | | | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | | | | |  | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 检查结果 | | |  | | | | | 医生意见 | | | | |  | | | | | | | | |
| 医生签名： 检查单位（盖章）：  体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**填表说明：**

1. **基本情况**

既往病史：在对应的疾病上划“√”，“其他”栏中填写未注明的疾病；应询问儿童肺结核密切接触史和肺结核可疑症状，对有肺结核密切接触史者应开展结核菌素皮肤试验。

过敏史：注明过敏的药物或食物等；

家长签字：儿童既往病史和过敏史须经家长确认后签字。

1. **体格检查**

体重、身长（高）：填写检查实测数值，评价按离差法（上、中、下）或百分位数法（<P3, P3～P97,>P97）填写；

皮肤：未见异常填写（-），异常填写阳性体征；

眼：按左右眼填写，未见异常填写（-），眼外观异常，填写阳性体征；

视力：4岁以上儿童应测查视力，填写实测数值，未进行视力检查应注明“未测”，测查不合作者填写“不合作”；

耳：按左右耳填写，未见异常填写（-），外耳异常填写阳性体征；

口腔：填写牙齿萌出数，按牙位填写龋齿位置；

咽部：咽部检查未见异常填写（-），异常填写阳性体征；

头颅、胸廓、脊柱四肢：相关项目中未见异常填写（-），异常填写阳性体征；

心肺：听诊未见异常填写（-），异常注明阳性体征；

肝脾：填写肝脾触诊情况，未触及填写（-），触及肋下肝脾，按厘米填写；

外生殖器：检查男童，未见异常填写（-），异常者填写阳性体征；

其他：填写表格上未列入的其他阳性体征。

1. **辅助检查**

血红蛋白(Hb)、丙氨酸氨基转移酶(ALT)：填写实际检测数值，并将化验报告贴附于儿童入园（所）健康检查表背面。其他：根据需要，填写相关辅助检查结果，并将化验报告贴附于儿童入园（所）健康检查表背面。

**4.检查结果** 注明检查中发现的疾病或阳性体征，如未见异常填写（-）。

**5.医生意见** 根据检查结果，注明“体检合格”、“暂缓入园（所）”。

**6.医生签名** 由主检医生签字，并填写日期。

**7.检查单位** 加盖检查单位体检专用章。