

居民健康档案封面

编号 420111-□□

此项不填

□□□□□

居民健康档案

除标注了“此项不填”
的项目，其他项目全
部填写完整。

姓 名：_____

现 住 址：_____ 武汉大学

户籍地址：_____ 省 _____ 市（县）

填户口所在地

本人手机号码：_____

填入号码必须真实有效

院系专业班级：_____ 学院

_____ 专业 _____ 班

乡镇（街道）名称：_____ 卓刀泉街

村（居）委会名称：_____ 工程大社区

建档单位：_____ 武汉大学社区卫生服务站

建 档 人：_____ 熊玉莲

责任医生：_____

此项不填

建档日期：_____ 2025 年 9 月 17 日

本页表全部填写，有选项的将选项对应的序号填写在后面的方框□处。

个人基本信息表

* 本页所有项目均须本人填写，不得空项。

例：2005 01 01

姓 名			性 别	1男 2女	□	出生日期	□□□□ □□ □□	
身份证号				本人电话				
紧急联系人姓名	填父亲或母亲或班主任的姓名			紧急联系人电话		填左边紧急联系人的手机号码		汉族填1；少数民族填2并在横线上写民族全称
常住类型	1武汉市户口 2非武汉市户口			□	民 族	1汉族 2少数民族		
血 型	ABO血型：1 A型 2 B型 3 O型 4 AB型 5不知道						不知道ABO血型填 5	
	RH血型：1阴性 2阳性 3不知道						不知道RH血型填 3	
文化程度	1 研究生 2 大学本科 3 大学专科和专科学校 4 中等专业学校 5 技工学校 6 高中 7 初中 8 小学 9 文盲或半文盲 10 不详							6
职 业	0国家机关、党群组织、企业、事业单位负责人 1专业技术人员 2办事人员和有关人员 3商业、服务业人员 4农、林、牧、渔、水利业生产人员 5生产、运输设备操作人员及有关人员 6军人 7不便分类的其他从业人员 8无职业							7
婚姻状况	1未婚 2 已婚 3丧偶 4离婚							1
医疗费用支付方式	1城镇职工基本医疗保险 2城镇居民基本医疗保险 3新型农村合作医疗 4贫困救助							2/□/□
药物过敏史	1无 2青霉素 3磺胺 4链霉素 5其他							□/□/□/□
暴露史	1无 2化学品 3毒物 4射线							□/□/□
既往史	疾 病	1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病 5慢性阻塞性肺疾病 6恶性肿瘤 7脑卒中 8严重精神障碍 12职业病 13其他						□
	手术	1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间						□
	外伤	1无 2有：名称① 时间 / 名称② 时间						□
	输血	1无 2有：原因① 时间 / 原因② 时间						□
家族病史 (如直系亲属患过右侧所列出的疾病，将序号填入□内)	父 亲	□/□/□/□		1无 2高血压 3糖尿病 4冠心病				指是否患过具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则填入具体疾病名称对应编号的数字，可以多选，没有列出的请在“其他”中写明。该亲属无疾病在第一个方框□处填1。
	母 亲	□/□/□/□						
	兄弟姐妹 (独生子女此项不填)	□/□/□/□						
遗传病史	1无 2有：疾病名称						无遗传病史填 1 无残疾情况填1	
残疾情况	1 无残疾 2 视力残疾 3 听力残疾 4 言语残疾 5 肢体残疾 6智力残疾 7精神残疾 8其他残疾						□/□/□	

本页表只需填写姓名、学号及体检日期，其他由医生填写。

学生体格检查表

姓名：_____ 学号：_____ 体检日期：2025 年____月____日

内科	血压	左侧	/		mmHg		医师（签字）		
		右侧							
	发育及营养状况						分		
	神经及精神								
	肺及呼吸道								
	心脏及血管								
	腹部器官	肝							
		脾							
其他									
眼科	眼	视力	裸视				医师（签字）		
		其他眼病							
耳鼻喉科	耳	听力					黄 医师（签字）		
	鼻	嗅觉							
	颜面部								
	口腔	唇腭							
	其他								
外科	身高						医师（签字）		
	淋巴			甲状腺				脊柱	
	四肢								
	关节								
	其他								

体检项目如下：

1. 内科

2. 测血压

3. 抽血

4. 身高体重

5. 外科

6. 测视力

7. 眼科

8. 耳鼻喉科

9. X光（在门口的放射车上做）

所有项目完成后到收表处交表。

肝功能	
血常规	
DR胸片	
检查结论	
备注	

填表说明：请在体检前完成此表的填写。

一、居民健康档案封面

填写姓名、户籍地址（即户口所在地）、本人手机号码（必须真实有效）、院系、专业和班级（有方向的注明方向）。

二、个人基本信息表

此面全部填写，有选项的将选项对应的序号填写在后面的方框□内。其中：

1. 紧急联系人：填写父亲或母亲或班主任。

2. 民族：少数民族在□处填2，并在横线上填写全称，如彝族、回族等。

3. 血型：ABO血型不知道填5，RH血型不知道填3。

4. 医疗费用支付方式：新生缴纳了大学生医保费用后，默认填“2”，有其他方式的可以多选。

5. 药物过敏史：表中主要列出青霉素、磺胺或者链霉素过敏，如有其他药物过敏，请在其他栏中写明名称。

6. 既往史：

（1）疾病：填写现在和过去曾经患过的某种疾病，主要指慢性病或某些反复发作的疾病，并写明确诊时间；无疾病史在□内填1。

（2）手术：填写曾经接受过的手术治疗。如有，应填写具体手术名称和手术时间。

（3）外伤：填写曾经发生的后果比较严重的外伤经历。如有，应填写具体外伤名称和发生时间。

（4）输血：填写曾经接受过的输血情况。如有，应填写具体输血原因和发生时间。

7. 家族史：指直系亲属（父亲、母亲、兄弟姐妹）中是否患过所列出的具有遗传性或遗传倾向的疾病或症状。有则选择具体疾病名称对应编号的数字，可以多选，没有列出的请在“其他”中写明。亲属无疾病在第一个方框□处填1，没有兄弟姐妹则此项不填。

三、学生体格检查表

填写姓名、学号、体检日期。