附件2

**儿童入园（所）健康检查表**

家长联系电话： 拟入幼儿园名称： 保健号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | 年龄 | | |  | 出生日期 | | | 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 既 往  疾病史 | | 1.先天性心脏病 2.癫痫 3.高热惊厥 4.哮喘 5.结核病 6.其他：  6.其它· | | | | | | | | | | | 母亲身份证号 码 | | |  | | | | | 家长确认签名: | | | | | |
| 过敏史： | | | | | | | | | | |
| 近半年  患病情况 | | 1.无 2.肺炎 次 3.腹泻 次 4.外伤 次 5.其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体格检查 | 体重 | | kg | | 评价：上 中 下 | | | | | | 身长（高） | | | | cm | | 评价：上 中 下 | | | | | | | 皮肤 | |  |
| 体重/身高 | | | | 评价：上 中 下 | | | | | | 体格  评价 | | | | 1.正常 2.体重低下 3.消瘦  4.生长迟缓 5.超重 6.肥胖 | | | | | | | | | | | |
| 眼 | | 左 | | 视力 | | | | 左 | | | 耳 | | | 左 | | 口腔 | | | 牙齿数 | | | |  | | |
| 右 | | 右 | | | 右 | | 龋齿数 | | | |  | | |
| 咽部 | |  | | 头颅 | | | |  | | | | | | 胸廓 | |  | | | 胸部  心肺 | | | |  | | |
| 腹部  肝脾 | |  | | 脊柱  四肢 | | | |  | | 外生  殖器 | | | |  | | 听力 | |  | | | 其它 | | |  | |
| 发育评估1 | 3岁 | | 1.不会说自己的名字；2.不会玩“拿棍当马骑”等假想游戏；  3.不会模仿画圆；4.不会双脚跳； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 4岁 | | 1.不会说带形容词的句子；2.不能按要求等待或轮流；  3.不会独立穿衣；4.不会单脚站立； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 5岁 | | 1.不能简单叙说事情经过；2.不知道自己的性别；  3.不会用筷子吃饭；4.不会单脚跳； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 6岁 | | 1.不会表达自己的感受或想法；2.不会玩角色扮演的集体游戏；  3.不会画方形；4.不会奔跑； | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 辅助检查 | 血红蛋白(Hb) | | | |  | | | | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | | |  | | | 其他 | | | | |  | | | |
| 检查结果 | | | | 1.未见异常 2.异常： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医生意见 | | | | 转诊建议 | | | 1.无；2.有，原因 ，机构及科室 。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保健指导 | | | 1.合理膳食 2.生长发育 3.疾病预防 4.预防意外伤害 5.口腔保健  6.其它 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 入园意见 | | | 1.体检合格 2.暂缓入园（所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医生签名：  检查单位：  体检日期： 年 月 日 （检查单位盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**注1：发育评估一栏中，未见异常记录为“（-）”**

**填表说明：**

1、基本情况

既往病史：在对应的疾病序号上划“○”，“其它”栏中填写未注明的疾病；

过敏史：注明过敏的药物或食物等；

近半年的患病情况：对应的疾病填写次数。“其它”栏中填写未注明的疾病与次数；

母亲身份证号码：必须填写真实信息；

家长签字：儿童既往病史、过敏史和母亲身份证号码，须经家长确认后签字。

2、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）填写，并在相应的“上”、“中”、“下”上划“○”；

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”。测查视力可使用国际视力表或对数视力表均可；

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：填写牙齿萌出数和龋齿数，按牙位填写龋齿位置。出现褐色或黑褐色斑点或斑块，表面粗糙，甚至出现明显的牙体结构破坏为龋齿。

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；

胸部（心肺）：当未闻及心脏杂音，肺部呼吸音也无异常时，判断为“未见异常”， 填写（-）；否则为“异常”，异常注明阳性体征；

腹部（肝脾）：填写肝脾触诊情况，肝脾触诊无异常，判断为“未见异常”，填写（-），否则为“异常”，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；

听力：3岁时使用行为测听的方法进行听力筛查，如果没有异常写“通过”，有异常写“未过”。 检查时应避开小儿的视线，分别从不同的方向给予不同强度的声音，观察孩子的反应，根据所给声音的大小，大致地估测听力正常与否。

其它：填写表格上未列入的其他阳性体征。

3、发育评估

发现发育问题在相应序号上打“○”。该年龄段任何一条预警征象阳性，提示有发育偏异的可能。

4、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健康检查表上。

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健康检查表上。

5、一年内患病次数：对应的疾病填写次数。“其它”栏中填写未注明的疾病与次数。

6、检查结果：注明检查中发现的疾病或阳性体征，并填写在横线上。如未见异常，则把“未见异常”的序号打“○”。

7、医生意见：

（1）转诊建议：无需转诊，在“无”的序号上打“○”。需要转诊的，在“有”的序号上打“○”，并将转诊原因、接诊机构及科室名称填入。

（2）保健指导：在指导意见的序号上打“○”，其它指导意见写在横线上。

（3）入园意见：根据检查结果，注明“体检合格”、“暂缓入园（所）”。 “暂缓入园（所）”主要指的是传染病或者疑似传染病。

8、医生签名：由主检医生签字，并填写日期。

9、检查单位：加盖检查单位体检专用章。