

学生姓名: _____

疫苗	日期	日期	日期	日期	日期
百白破疫苗	#1	#2	#3	#4	#5
白破疫苗					
小儿麻痹症疫苗	#1	#2	#3	#4	
乙肝疫苗	#1	#2	#3		
乙型流感嗜血杆菌疫苗	#1	#2	#3		
麻疹疫苗	#1	#2			
腮腺炎疫苗	#1	#2			
风疹疫苗	#1	#2			
甲肝炎疫苗	#1	#2			
脑膜炎球菌疫苗	#1	#2			

1. 结核菌素皮肤检测 类型: _____ 日期: _____ 结果: _____ 或

2. 胸腔 X 光 日期: _____ 结果: _____

	正常	不正常		正常	不正常
眼睛			腹部		
耳朵			生殖器 (仅限男生)		
鼻子			姿势		
喉咙			关节		
牙齿			皮肤		
颈项			神经系统		
肺部			行为		
心脏			情绪		

身高	
体重	
血压	
视力	右 左

能参与体育活动

_____能 _____不能

不能参与以下体育活动

日期 _____ 地址 _____ 办公室电话号码 _____