



中华人民共和国国家标准

GB 16134—2011
代替 GB/T 16134—1995

中小学生健康检查表规范

Standard for physical examination records for elementary
and middle school students

2011-12-30 发布

2012-05-01 实施



中华人民共和国卫生部
中国国家标准化管理委员会 发布

前 言

本标准的 2.2.2、3.2、3.3 与 3.6 为强制性的,其余为推荐性的。

本标准代替 GB/T 16134—1995《中小学生健康检查表规范》。

本标准与 GB/T 16134—1995 相比主要技术内容变化如下:

- 修改标准性质由推荐性改为强制性。
- 对中小学生健康检查表的式样进行了修改(本标准的 2.1;GB/T 16134—1995 的 2.1)。
- 增加了对健康检查必测项目和选测项目的规定(本标准的 2.2)。
- 增加了预防接种史的查验与询问以及首次遗精/月经初潮年龄询问(本标准的 2.2.2)。
- 增加了腰围、臀围测量,串镜检查,结膜炎检查,牙周检查,脊柱检查,男性外生殖器检查,蠕虫卵检查、结核菌素试验(本标准的 2.2.2 和 2.2.3)。
- 删除了胸围测量,蛔虫卵、尿蛋白检查(GB/T 16134—1995 的附录 A6.1.1、A6.1.5)。
- 增加了对中小学生健康检查机构和人员资质的规定(本标准的 3.3)。
- 增加了对中小学生健康检查结果评价与反馈的规定(本标准的 3.6)。

本标准附录 A 为资料性附录。

本标准由中华人民共和国卫生部提出并归口。

本标准由中华人民共和国卫生部负责解释。

本标准起草单位:安徽医科大学公共卫生学院儿少卫生与妇幼保健学系、湖南省疾病预防控制中心、合肥市卫生局卫生监督所。

本标准主要起草人:陶芳标、朱鹏、李光春、高茗。

本标准所代替的标准历次版本发布情况为:

- GB/T 16134—1995。

中小學生健康檢查表規範

1 範圍

本標準規定了中小學生健康檢查表要求及健康檢查管理。

本標準適用於普通中小學生健康檢查,職業高中、技校亦可參照使用。

本標準不適用於學齡前兒童健康檢查。

2 中小學生健康檢查表要求

2.1 《中小學生健康檢查表》紙張規格和式樣

使用 B5、80 g 潔白紙張印刷。健康檢查表應裝訂成冊,以方便保存和管理。檢查表式樣參見附錄 A。

2.2 健康檢查項目

2.2.1 檢查項目分類及要求

中小學生健康檢查項目分為必測項目和選測項目。各地在組織學生進行健康檢查時,所有必測項目均應列入檢查表,並按要求進行檢查。有條件的地區應積極開展選測項目的檢查。

2.2.2 必測項目

查驗或詢問項目:小學入學預防接種證查驗、入學後預防接種史、既往病史、月經初潮/首次遺精年齡

身體形態:身高、體重

生理功能:血壓

五官:裸眼視力、沙眼、結膜炎、色覺、齲齒、牙周、耳、鼻、扁桃體

外科:頭部、頸部、胸廓、脊柱、四肢、皮膚、淋巴結

內科:心、肺、肝、脾

實驗室檢查:結核菌素試驗

小學入學預防接種證查驗可在現場健康檢查結束後 1 周內完成。月經初潮從小學四年級開始詢問,首次遺精從五年級開始詢問,應安排與學生同性別的檢查人員進行詢問。色覺在初中一年級和高中一年級時進行檢查。結核菌素試驗在小學、初中入學時應檢查。

2.2.3 選測項目

身體形態:腰圍、臀圍

生理功能:肺活量

五官:串鏡檢查、聽力

外科:男性外生殖器

實驗室檢查:血紅蛋白、蠕蟲卵、肝功能

2.3 《中小學生健康檢查表》填寫要求

2.3.1 封面

封面各項目應如實填寫。小學入學建表時可由家長或老師代填。

2.3.2 查驗和詢問項目

“小學入學前預防接種史”可在相應的選項前“□”內畫“√”,若已全程進行預防接種,在“建議”項中可填“/”;若未接種或有漏種,則應給出具體建議。“其他疫苗”應填寫疫苗名稱。“入學後預防接種史”應填寫 2 次健康檢查間隔期間所接受預防接種的疫苗名稱。“既往病史”第 1 次填寫應仔細詢問出生至

本次健康检查期间的病史,随后的检查可询问2次健康检查间隔期间的病史,记录病名和诊断时间。

2.3.3 检查项目

“身体形态和生理功能检查”应记录具体数据。“五官检查”中裸眼视力、龋齿、听力应记录具体数据;进行串镜检查的在相应的选项前“□”内画“√”。“外科检查”与“内科检查”中检查结果无阳性发现者可填“/”,发现阳性结果者应填写病名或阳性体征。“实验室检查”中血红蛋白、肝功能和结核菌素试验应记录具体检查结果;蠕虫卵在相应的选项前“□”内画“√”。

2.3.4 签字

检查医师检查完毕应签字,并注明检查日期。

3 中小学生学习健康检查管理

3.1 《中小学生学习健康检查表》的建表、存表和转表

3.1.1 建表

新生入学时应进行健康检查并建表。

3.1.2 存表

建表后,本表应存放在学校卫生室,由学校保健人员负责。无卫生室的学校由负责健康检查的单位指导校方保存,并由专人负责保存。

3.1.3 转表

学生转学及升学时,应将表转入新校。

3.2 中小学生学习健康检查频率

学校负责学生健康检查的组织与管理。中小学生学习在校期间每学年应进行1次常规健康检查。

3.3 开展中小学生学习健康检查的机构与人员资质

3.3.1 开展中小学生学习健康检查的卫生保健、医疗机构应具有法人资格、持有有效的《医疗机构执业许可证》、由政府举办的公立性医疗机构(包括教育行政部门所属的区域性中小学卫生保健机构);应报经学校主管教育行政部门备案;能独立开展学生健康检查工作;能对学生健康检查状况进行个体和群体评价、分析、反馈,并提出健康指导建议。

3.3.2 参与中小学生学习健康检查的人员应是医疗卫生保健专业人员,具有与学生健康检查工作和学生常见病防治有关的知识和经验,并有相应的专业技术证书;主检人员应由主治(管)医(技)师以上或相应职称的专业人员担任。

3.3.3 学生健康体检所需的医疗检查设备与检验仪器的种类、数量、性能、量程、精度能满足工作需要,并能良好运行,定期校验,仪器设备有完整的操作规程。

3.4 中小学生学习健康检查的场所

中小学生学习健康检查的场所应设置在校内或特定的健康人群体检场所,应能满足健康检查对环境的要求。健康检查机构负责组织专业技术人员和必要的检查设备进入体检场所开展健康检查。

3.5 生物标本的收集

粪便采集瓶应提前发放给学生,学生在检查的前一天收集自己的粪便,在检查当天将采集瓶交给健康检查人员。血液标本应由专业技术人员收集。

3.6 中小学生学习健康检查结果评价与反馈

3.6.1 健康检查结果的反馈形式

健康体检机构以个体报告单形式向学生反馈健康体检结果;以学校汇总报告单形式向学校反馈学生体检结果;将所负责的体检学校的学生体检结果统计汇总,以区域学校汇总报告单形式上报当地教育行政部门,当地教育行政部门再逐级上报。

3.6.2 健康检查报告单内容

3.6.2.1 健康检查机构在结束检查后,应进行个体健康评价和群体健康评价。

3.6.2.2 个体报告单内容应包括学生个体体检项目的客观结果,身高等级评价、体重等级评价及建议,基于人体测量的营养状况评价及建议;肺活量指数、五官科检查结果及建议、外科检查结果及建议、内科检查结果及建议、实验室检查结果及建议。

3.6.2.3 学校汇总报告单内容应包括学校不同年级男女生的生长发育水平,营养不良、超重、肥胖检出率,视力不良、近视、沙眼、结膜炎、龋齿、牙周疾病、贫血检出率,蠕虫感染率,肝功能异常检出率,结核菌素试验阳性率,对学校学生健康的综合性评价和建议。

3.6.2.4 区域学校汇总报告单内容应包括所检查学校学生的总体健康状况分析,包括不同年级男女生的生长发育水平,营养不良、超重、肥胖检出率,视力不良、近视、沙眼、结膜炎、龋齿、牙周疾病、贫血检出率,蠕虫感染率,肝功能异常检出率,结核菌素试验阳性率,对学生健康的综合性评价和建议。

3.6.3 健康检查表和报告单的反馈时限

个体报告单应于健康检查后2周内反馈给学生或家长;学校汇总报告单应于检查后1个月内反馈给学校;区域学校汇总报告单应于检查后2个月内反馈当地教育行政部门。

附录 A
(资料性附录)
中小学生健康检查表

编号(学号): _____

中小学生健康检查表

学校名称: _____ 入学年份: _____ 班级: _____

学生姓名: _____ 性别: _____ 民族: _____

出生日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

身份证号: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

家庭住址: _____

联系电话: _____

建表日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日

查验和询问项目	填 写 内 容					
小学入学前预防接种史 (查验预防接种证)						
卡介苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种		建议:			
乙型肝炎疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
脊髓灰质炎疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
百白破疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
麻腮风疫苗 (麻疹、腮腺、麻疹疫苗)	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
流脑疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
乙脑疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
甲肝疫苗	☐ 已全程接种 ☐ 未接种 ☐ 有漏种		建议:			
其他疫苗						
入学后预防接种史						
既往病史						
青春期发育 ^a	男生:若出现遗精,首次遗精年龄____岁。 女生:若出现月经,初潮年龄____岁					
医生签名						
询问日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
^a 月经初潮从小学四年级开始询问、首次遗精从小学五年级开始询问。						

身体形态和生理功能检查						
身高/cm						
体重/kg						
血压/mmHg (收缩压/舒张压)	/	/	/	/	/	/
腰围 ^a /(cm)						
臀围 ^a /(cm)						
肺活量 ^a /(mL)						
建 议						
医生签名						
检查日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
^a 为选测项目。						

五 官 检 查								
眼	裸眼 视力	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	
	串镜 ^a 检查	左	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他
		右	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他	☐ 近视 ☐ 远视 ☐ 其他
	沙眼							
	结膜炎							
	色觉 ^b							
口 腔	龋齿	检查记录在龋齿检查结果记录图中填写						
	牙周							
	听力 ^a	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	左____/右____	
	耳							
	鼻							
	扁桃体							
	建议							
	医生签名							
	检查日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
^a 为选测项目。 ^b 色觉在初中一年级和高中一年级时必须检查。								

龋齿检查结果记录图

检查日期： 年 月 日

检查日期： 年 月 日

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

检查日期： 年 月 日

检查日期： 年 月 日

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

检查日期： 年 月 日

检查日期： 年 月 日

55 54 53 52 51	61 62 63 64 65	55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28	18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38	48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75	85 84 83 82 81	71 72 73 74 75

外 科 检 查						
头部						
颈部						
胸廓						
脊柱						
四肢						
皮肤						
淋巴结						
男性 外生殖器 ^a						
建 议						
医生签名						
检查日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
^a 为选测项目。						

内 科 检 查						
心						
肺						
肝						
脾						
建 议						
医生签名						
检查日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日

实 验 室 检 查						
血红蛋白 ^a	g/L	g/L	g/L	g/L	g/L	g/L
蠕虫卵 ^a	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 阴性 ☐ 阳性	☐ 阴性 ☐ 阳性
肝功能 ^a						
结核菌素 试验 ^b						
建 议						
医生签名						
检查日期	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
^a 为选测项目。 ^b 结核菌素试验在小学、初中入学时必须检查。						