

Name: _____

Date: _____

身体部位

子	脚	头	眼	头	头	眼	膊	膊	鼻
头	脚	子	头	子	脚	胳膊	眼	朵	腿
头	子	发	头	胳膊	膊	鼻	眼	嘴	脚
脚	鼻	鼻	耳	嘴	鼻	耳	眼	胳膊	膊
睛	腿	朵	手	睛	腿	头	耳	鼻	鼻
嘴	膊	鼻	眼	睛	头	朵	胳膊	腿	头
手	膊	耳	眼	眼	发	脚	朵	耳	睛
朵	头	朵	发	头	胳膊	朵	腿	耳	鼻
子	发	头	眼	鼻	脚	头	胳膊	子	膊
膊	头	眼	眼	胳膊	嘴	发	嘴	发	鼻

胳膊
鼻子
手

头发
嘴
头

耳朵
腿

眼睛
脚