**附件2：**

**山 东 省 医 师 执 业 注 册**

**健**

**康**

**体**

**检**

**表**

**二〇 年 月 日**

**山东省卫生厅制**

姓 名:

性 别: 照 片

出生年月:

民 族:

医师资格证书号码：

拟受聘医疗机构

 名 称：

地 址：

邮 编：

联系电话：

承检医院：

注：本页内容由申请注册本人填写；

承检医院需在体检着照片上盖医院公章。

|  |  |
| --- | --- |
| 基本情况及主要病史 | 体重： kg 身高： cm血压： kpa 心率： 次/分 脉搏： 次/分药物史： 嗜好：家族或遗传病史：既往病史：医师意见： 医师签名： |
| 内科 | 心：肺：肝：胆：脾：胃：肾：精神、神经：医师意见（初步诊断）： 医师签名： |
| 外科 | 头颈：淋巴结：四肢：脊柱：胸、腹：乳房：肛门：泌尿生殖：皮肤粘膜：医师意见（初步诊断）： 医师签名： |
| 神经科 | 颅神经：病理反射：运动神经：感觉：医师意见（初步诊断）： 医师签名： |

|  |  |
| --- | --- |
| 五官科 | 视力： 左： 右： 眼底：其他眼疾：听力： 左： 右： 耳道：鼓膜： 其他耳疾：口腔粘膜： 鼻窦：扁桃体： 咽喉：医师意见（初步诊断）： 医师签名： |
| 辅助检查 | 血常规： 尿常规：肝功： 乙肝表面抗原：胸透：心电图：腹部B超（肝、胆、胰脾、肾）：医师意见（初步诊断）： 医师签名： |
| 体检结论 | 主检医师签字： 年 月 日 （承检医院公章） |
| 注册机关意见 | 注册机关盖章  年 月 日 |

注：1、表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假；

2、体检后此表交注册机关。

|  |
| --- |
| 辅助检查粘贴单 |
|  |

注:本表正反面打印到A4纸上