附件2

**健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | 出生日期 | | | | |  | | 近期  2寸免冠  正面半身  彩色照片  （加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ | | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 出 生 地 | |  | | | | | | | 民族 | | |  | | | 婚否 |  |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家 族 史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 裸眼视力 | | 左 |  | | | | | | | 右 | |  | | | | 医师意见：        签名： |
| 矫正视力 | |  | | | | | | |  | | | |
| 眼 疾 | |  | | | | | | |  | | | |
| 色 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 耳  鼻  喉 | 听 力 | | 左 |  | | | | | | | 右 | |  | | | | 医师意见：              签名： |
| 耳 疾 | |  | | | | | | |  | | | |
| 鼻及鼻窦 | |  | | | | | | |  | | | |
| 嗅 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 咽 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 喉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 口  腔 | 粘 膜 | |  | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：      签名： |
| 牙及牙龈 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 舌 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 呼吸 | 次／分 | | | 脉搏 | | 次／分 | | | | 血压 | | | ／ mmHg | | | 医师意见：                    签名： |
| 发育及营养 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 肝、脾、双肾 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部包块 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | | | 医师意见：              签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  | | |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  | | |
| 脊 柱 |  | 四肢 |  | | |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  | | |
| 其 他 |  | | | | |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | | | | | 医师签名： |
| 心电图 |  | | | | | 医师签名： |
| 肝功能 |  | | | | | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | | | | | 检验师签名： |
| 血常规 |  | | | 血型 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | | | | | 检验师签名： |
| 体  检  结  果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）  **①健康或正常 ②一般或较弱 ③ 有慢性病**    **④传染病传染期 ⑤ 精神病发病期 ⑥ 身体残病**    说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：  1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病  4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病  7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他  二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：    体检医院盖章    体检日期： 年 月 日  医师签名： 　　　 填表日期： 年 月 日 | | | | | | |
| 执业机构意见 | 执业机构盖章    负责人签名： 填表日期： 年 月 日 | | | | | | |