附件2

浙江省护士执业注册健康体检表

体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | | 性别 |  | 出生年月 | | |  | | 半年内免冠  二寸  照片  医院骑缝章 |
| 拟聘机构 | | |  | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | |  | | | | | | | | | |
| 家 族 史 | | |  | | | | | | | | | |
| 耳  鼻  咽  喉  科 | 眼 | | 视力 | 左 | |  | 矫正  视力 | 左 |  | 有 / 否 色盲  有 / 否 色弱 | | | 医师签字： |
| 右 | |  | 右 |  | 其他眼疾 | |  |
| 耳 | | 听力 | 左 | |  | 耳疾 |  | | | | |
| 右 | |  |
| 鼻及鼻窦疾病 | |  | | | | | | | | | |
| 咽喉 | |  | | | | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | |
| 外科 | 甲状腺 | |  | | | | | 脊柱 | | |  | | 医师签字： |
| 淋巴 | |  | | | | | 四肢 | | |  | |
| 肛门 | |  | | | | | 关节 | | |  | |
| 生殖器 | |  | | | | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | |
| 内  科 | | 血 压 | | |  | | | | | | | | 医师签字： |
| 神经、精神系统 | | |  | | | | | | | |
| 呼 吸 系 统 | | |  | | | | | | | |
| 循 环 系 统 | | |  | | | | | | | |
| 消 化 系 统 | | |  | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | |
| 实验室检查 | | | | | 检验者签字： | | | | | | | | |
| 胸部影像检查 | | | | | 医师签字： | | | | | | | | |
| 其 他 检 查 | | | | | 检查者签字： | | | | | | | | |
| 主检医师意见 | | | | | 主检签字： | | | | | | | | |

注：血常规、尿常规、大便常规、肝功能为必检项目。