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。