附件2

山东省护士执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  |
| 联系电话 |  |
| （拟）工作单位 |  |
| 请在每一项后打√：精神病 有□无□ 癫痫病 有□无□癔症 有□无□ 严重的神经官能症 有□无□吸食、注射毒品史 有□无□ 严重的心脏病、心肌病 有□无□慢性肾炎 有□无□ 尿毒症 有□无□传染性疾病 有□无□ 影响肢体活动的神经系统疾病 有□无□本人承诺真实、准确填写以上信息，未隐瞒相关病史。承诺人签字： |
| 内科 | 血压 | / mmHg | 心脏 |  | 医师意见签字 |
| 呼吸系统 |  | 腹部器官 |  |
| 神经系统 |  | 其他 |  |
| 外科 | 身高 |  cm | 体重 |  kg | 医师意见签字 |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 脊柱 |  | 四肢关节 |  |
| 肛门生殖器 |  | 其他 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 色觉功能： | 医师意见签字 |
| 左 | 左 |
| 眼底 |  | 其他 |  |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 米 右耳 米 | 医师意见签字 |
| 唇腭 |  | 嗅觉 |  |
| 耳鼻咽喉 |  | 其他 |  |
| 心电图检查 |   医师签名： |
| 腹部超声检查 |  医师签名： |
| 化验单粘贴处 （必查项目：血常规、肝功能、肾功能） |
| 主检医师意见：  签字： 体检医院公章： 年 月 日 |