**河南省护士注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 |  | 联系电话 |  |
|  工作单位（毕业院校） |  |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√） |
| 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□ |
| **内****科** | 血压 |  / mmHg | 心脏 |  | 医师意见签名 |
| 呼吸系统 |  | 腹部器官 |  |
| 神经系统 |  | 其他 |  |
| **外****科** | 身高 |  cm | 体重 |  Kg | 医师意见签名 |
| 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 | 医师意见签名 |
| 左 | 左 |
| 眼底 |  | 其他 |  |
| **耳****鼻****喉****科** | 听力 | 左耳 米 右耳 米 | 医师意见签名 |
| 唇腭 |  | 嗅觉 |  |
| 耳鼻咽喉 |  | 其他 |  |
| **心电图检查** |  医师签名： |
| **胸部X线检查** |  医师签名： |
| **腹部超声检查** |  医师签名： |
| **检验报告单粘贴处**（必查项目：血常规、肝功能、肾功能） |
|   主检医师签字： 体检医疗机构公章  年 月 日 |