**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 | | | | | | | | | | | | |