附件2：

**健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近期2寸免冠正面半身彩色照片（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 既往病史 |  |
| 家 族 史 |  |
| 眼 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：   签名： |
| 矫正视力 |  |  |
| 眼 疾 |  |  |
| 色 觉 |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：      签名： |
| 耳 疾 |  |  |
| 鼻及鼻窦 |  |  |
| 嗅 觉 |  |
| 咽 |  |
| 喉 |  |
| 口腔 | 粘 膜 |  | 医师意见：  签名： |
| 牙及牙龈 |  |
| 舌 |  |
| 内科 | 呼吸 | 次／分 | 脉搏 | 次／分 | 血压 | ／ mmHg | 医师意见：         签名： |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 肝、脾、双肾 |  |
| 腹部包块 |   |
| 其 他 |   |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：      签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四肢 |  |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  |
| 其 他 |  |
|   辅助检查结果 | 胸 片 |  | 医师签名： |
| 心电图 |  | 医师签名： |
| 肝功能 |  | 检验师签名： |
| 乙肝两对半 |  | 检验师签名： |
| 血常规 |  | 血型 |  | 检验师签名： |
| 尿常规 |  | 检验师签名： |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）**①健康或正常 ②一般或较弱 ③ 有慢性病****④传染病传染期 ⑤ 精神病发病期 ⑥ 身体残病**  说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示： 1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病 4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病 7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他 二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：   体检医院盖章  体检日期： 年 月 日 医师签名： 　　　 填表日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 |     执业机构盖章 负责人签名： 填表日期： 年 月 日 |