**四川省特种作业人员体检表**

体检号：               体检时间：   年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | 性别 |  | 出生年月 | |  | | 照  片  （盖章） |
| 籍贯 | | 省     市（县） | | | | | 文化程度 | |  | |
| 申请工种 | |  | | | | | 参加工作时间 | |  | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身长 | 厘米 | | | 体重 | Kg | 皮肤淋巴 | |  | | 医师意见  签字： |
| 四肢 |  | | | | | 脊    椎 | |  | |
| 关节 |  | | | | | 泌尿生殖 | |  | |
| 其它 |  | | | | | | | | |
| 内  科 | 血压 | KPa(mmHg) | | | | | 心    率 | | 次/分 | | 医师意见  签字： |
| 神经及精神 | | |  | | | 呼吸系统 | |  | |
| 心脏及血管 | | |  | | | 腹部器官 | |  | |
| 其      它 | | |  | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | | 视力 | 左：  右： | | | 矫正视力 | | 左：  右： | | 医师意见  签字： |
| 色觉 | 彩色图案及编码  单色识别：红 绿 紫 三黄 | | | | | 其它眼病 |  |
| 耳  鼻 | | 听力 | 左：           米  右：           米 | | | | 耳疾 |  | | 医师意见  签字： |
| 嗅觉 |  | | | | 耳及鼻窦 |  | |
| 口腔 | |  | | | | | | 医师签字： | | |
| 胸部X光检    查 | | |  | | | | | 化验检查 | 血、尿（检验单附后） | | |
| 体验结论 | | | 合格□ 不合格□ 不合格原因：  负责医师签字： 体检医院：（盖章） | | | | | | | | |

