**护士健康检查表**

指定体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | 性别 | | 出生日期 | |  | | 近照  体检单位骑缝章 | |
| 工作单位 | | | |  | | | | | | | | |
| 出 生 地 | | | |  | | | | | 民族 |  | | |
| 既往病史 | | | |  | | | | | | | | |
| 家 庭 史 | | | |  | | | | | | | | |
| 外  科 | 甲状腺 | | |  | | | | | 脊柱 |  | | | 医师签字： | |
| 淋 巴 | | |  | | | | | 四肢 |  | | |
| 肛 门 | | |  | | | | | 关节 |  | | |
| 泌尿生殖器 | | |  | | | | | | | | |
| 其 它 | | |  | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | |  | | | | | | | | | 医师签字： | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | |  | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | |  | | | | | 肝 |  | | |
| 脾 |  | | |
| 其 它 | | |  | | | | | | | | |
| 胸部X线透视 | | | |  | | | | | | | | 医师签字： | | |
| 心 电 图 | | | |  | | | | | | | | 医师签字： | | |
| 转 氨 酶 | | | |  | | 乙肝表面抗原 | | | |  | | 化验员签字： | | |
| 五  官  科 | | 眼 | 视  力 | 右 | 矫正  视力 | | | 右 | | | 其 它  眼 疾 |  | | 医师签字： |
| 左 | 左 | | |
| 耳 | 听  力 | 右 | 耳  疾 | | |  | | | | | |
| 左 |
| 鼻及鼻窦  疾 病 | |  | | | | | | | | | | |
| 咽 喉 | |  | | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | |
| 主  检  结  果 | | （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）  结果： 1、健康或良好 2、一般或较弱 3、有慢性病  （如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：）  1、心血管病 6、结核病  2、脑血管病 7、糖尿病  3、慢性呼吸系统病 8、神经或精神疾病  4、慢性消化系统病 9、其它慢性病（具体）：  5、慢性肾炎  体检医院盖章  主检医师签字： 填写日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 注册机关意见 | | 注册机关盖章  填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | |