**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 |