**体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴相片小一寸(县级、二级)以上医院盖骑像章）注：无相片、无骑像章无效 |
| 身份证号 |  | 本人电话 |  |
| 本人承诺无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥、恐高症及无妨碍从事相应特种作业的疾病和生理缺陷。**\*本人签名：**  |
| 以下由医生填写 |
| **五****官****科** | 视 力 | 左 | **必检项目** | 矫正视力 | 左 |  | 医师签名：**必填项目** |
| 右 | **必检项目** | 右 |  |
| 听 力 | 左 | **必检项目** | 辨色力 | **必检项目** |
| 右 | **必检项目** |
| **外****科** | 身 高 |  cm | 体 重 |  Kg | 医师签名：**必填项目** |
| 四肢活动功能 | **必检项目** | 双手 | **必检项目** | 躯干 | **必检项目** |
| **内****科** | 血 压 | **必检项目**mmHg | 心 率 | **必检项目**次/分 | 医师签名：**必填项目** |
| 诊断结论：体检医院盖章（诊断结论必须填写否则无效) 年 月 日 |