**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 | | | | | | | | | | | | | |