**陕西省护士执业注册健康体检表**

联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 近期一寸免冠正面半身（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 |  |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 既往病史 |  |  |
| 家 族 史 |  |  |
| 眼 | 裸眼视力 | 医师意见签名 |
| 矫正视力 |
| 眼 疾 |
| 色 觉 |
| 耳鼻喉 | 听力 | 医师意见签名 |
| 耳疾 |
| 鼻及鼻窦 |
| 嗅觉 |
| 咽 |
| 喉 |
| 口腔 | 粘膜 | 医师意见签名 |
| 牙及牙龈 |
| 舌 |
| 内科 | 呼吸 |  次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 |  /mmHg | 医师意见签名 |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 肝、脾、双肾 |  |
| 腹部包快 |  |
| 其他 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外科 | 身高 |  厘米 | 体重 |  千克 | 医师意见签名 |
| 皮肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊柱 |  | 四 肢 |  |
| 肛门 |  | 生殖器 |  |
| 其他 |  |  |  |
| 辅助检查结果 | 胸透 |  | 医师签名 |
| 心电图 |  | 医师签名 |
| 肝功能 |  | 检验师签名 |
| 乙肝两对半 |  | 检验师签名 |
| 血常规 |  |  血型 |  | 检验师签名 |
| 尿常规 |  | 检验师签名 |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）①健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病④传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示1、心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他二、如选择上述结果④⑤⑥之一者，请具体说明：  体检医院盖章 体检日期： 年 月 日医师签名： 填表日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 |  执业机构盖章 负责人签名： 填表日期： 年 月 日 |