附件1

陕西省护士执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | | | |  | | | | 近期  二寸免冠  正面半身  彩色照片  (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 庭 史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 | 祼眼视力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 矫正视力 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 眼 疾 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 色 觉 | | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| 耳  鼻  喉 | 听 力 | | | 左 | |  | | | | | | | | 右 |  | | | | | | 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： |
| 牙及牙龌 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 舌 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 呼吸 | | 次/分 | | | | | 脉搏 | | 次/分 | | | | | | 血压 | | | / mmHg | |  |
| 发育及营养 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝、脾、双肾 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部包块 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 片 |  | | | 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 |  | | | 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“√”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身体残病  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    医师签名： 体检日期： 年 月 日  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 | | | | |

注：以上标表格均需用A4纸打印

附件2

医疗单位护士临床实践证明和业务技术考核合格证明

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出 生  年 月 |  |
| 民 族 |  | 所学  专业 |  | 学 历 |  |
| 取得  学历时间 |  | 身份证  号 码 |  | | |
| 家庭地址  邮政编码 |  | | | | |
| 机构名称、地址、邮编及登记号 |  | | | | |
| 考核情况 | 机构法人 机构公章  （负责人）签字：  年 月 日 | | | | |
| 备注 |  | | | | |
|  |  | | | | |

附件3

医疗卫生机构护士聘用证明

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 性别 |  | 民族 | |  | 年龄 |  |  |
| 毕业  学校 | |  | 学习专业 | |  | | | 学历 |  |
| 身份证编号 | | |  | | | | | | |
| 现技术职称 | | | 护士 | | | 参加工作时间 | | |  | |
| 聘用单位、科室 | | |  | | | | | | | |
| 学  习  经  历 |  | | | | | | | | | |
| 单  位  意  见 | 负责人： （公章）  年 月 日 | | | | | | | | | |
| 备  注 |  | | | | | | | | | |

附件4

宝鸡市2018年度护士执业首次注册人员花名册

县区/单位：（盖章）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 医疗机构名称 | 联系电话 | 备注 |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 填报日期： 填表人： 联系方式： | | | | | | |

|  |
| --- |
| 抄送：省卫生计生委。 |
| 宝鸡市卫生和计划生育局 2018年10月9日印发 |