**山东省护士执业注册健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 身份证号 | |  | |  |  | 联系电话 |  |
| 工作单位（毕业院校） | | | |  | | | |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√） | | | | | | | |
| 精神病 有□无□ 癫痫病 有□无□  癔症 有□无□ 严重的神经官能症 有□无□  吸食、注射毒品史 有□无□ 严重的心脏病、心肌病 有□无□  慢性肾炎 有□无□ 尿毒症 有□无□  传染性疾病 有□无□ 影响肢体活动的神经系统疾病 有□无□ | | | | | | | | |
| 内  科 | 血压 | | | / mmHg | | 心脏 |  | 医师意见  签字 |
| 呼吸系统 | | |  | | 腹部器官 |  |
| 神经系统 | | |  | | 其他 |  |
| 外  科 | 身高 | | | cm | | 体重 | kg | 医师意见  签字 |
| 皮肤 | | |  | | 颈部 |  |
| 脊柱 | | |  | | 四肢关节 |  |
| 肛门生殖器 | | |  | | 其他 |  |
| 眼  科 | 裸眼视力 | | | 右 | 矫正视力 | 右 | 色觉功能 | 医师意见  签字 |
| 左 | 左 |
| 眼底 | | |  | | 其他 |  |
| 耳  鼻  喉  科 | 听力 | | | 左耳 米 右耳 米 | | | | 医师意见  签字 |
| 唇腭 | | |  | | 嗅觉 |  |
| 耳鼻咽喉 | | |  | | 其他 |  |
| 心电图检查 | | | 医师签名： | | | | | |
| 胸部X线检查 | | | 医师签名： | | | | | |
| 腹部超声检查 | | | 医师签名： | | | | | |
| 化验单粘贴处  （必查项目：血常规、肝功能、乙肝五项、肾功能） | | | | | | | | |
| 主检医师意见： 签字： 体检医院公章  年 月 日 | | | | | | | | |