山东省医师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（加盖体检医院公单） |
| 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 | 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 |  | 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： 　　　　　  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 体检医院盖章医师签名： 体检日期： 年 月 日 填报日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 |  执业机构盖章负责人签名： 填报日期： 年 月 日 |