**四川省特种作业人员体检表**

体检号：               体检时间：   年   月   日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | 照片（盖章） |
| 籍贯 | 省     市（县） | 文化程度 |  |
| 申请工种 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  |
| 身份证号 |  |
| 既往病史 |  |
| 外科 | 身长 |    厘米 | 体重 |    Kg | 皮肤淋巴 |  | 医师意见签字： |
| 四肢 |  | 脊    椎 |  |
| 关节 |  | 泌尿生殖 |  |
| 其它 |  |
| 内科 | 血压 | KPa(mmHg) | 心    率 | 次/分 | 医师意见签字： |
| 神经及精神 |  | 呼吸系统 |  |
| 心脏及血管 |  | 腹部器官 |  |
| 其      它 |  |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左：右： | 矫正视力 | 左：右： | 医师意见签字： |
| 色觉 | 彩色图案及编码单色识别：红 绿 紫 三黄 | 其它眼病 |  |
| 耳鼻 | 听力 | 左：           米右：           米 | 耳疾 |  | 医师意见签字： |
| 嗅觉 |  | 耳及鼻窦 |  |
| 口腔 |  | 医师签字： |
| 胸部X光检    查 |  | 化验检查 | 血、尿（检验单附后） |
| 体验结论 | 合格□ 不合格□ 不合格原因：负责医师签字： 体检医院：（盖章） |

