**四川省医生、护士执业注册健康检查表**

指定体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片体检单位骑缝章 |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民族 |  |
| 既往病史 |  |
| 家 族 史 |  |
| 外  科 | 甲状腺 |  | 脊 柱 |  | 医师签字： |
| 淋 巴 |  | 四 肢 |  |
| 肛 门 |  | 关 节 |  |
| 泌 尿生殖器 |  |
| 其 它 |  |
| 内科 | 血压 |  | 医师签字： |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其它 |  |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师签字： |
| 心 电 图 |  | 医师签字： |
| 转 氨 酶 |  | 乙肝表面抗原 |  | 化验员签字： |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 | 矫 正视 力 | 右 | 其 它眼 疾 |  | 医师签字： |
| 右 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳疾 |  |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾 病 |  |
| 咽 喉 |  |
| 其 它 |  |
| 主检结果 | 体检医院盖章主检医师签字： 填写日期： 年 月 日 |
| 注册机关意见 | 注册机关盖章填报日期： 年 月 日 |

注： 1、指定的体检医院为二级以上综合医院。

2、表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。

3、体检后此表交注册机关。

4、X线、心电图、肝功报告单、精神病疾病证明请贴在背面。