|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **特种作业人员体检表** | | | | | | | | | |
| 填表日期： | | |  |  |  |  | 年 | 月 | 日 |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 籍贯 |  |
| 工作  单位 |  | | | 地址 |  | | 电话 |  | |
| 既往  病史 | 器质性心脏病 | | 是/否 | 癔病 | | 是/否 | 癫痫病 | | 是/否 |
| 美尼尔氏症 | | 是/否 | 眩晕症 | | 是/否 | 精神病 | | 是/否 |
| 震颤麻痹症 | | 是/否 | 生理缺陷 | | 是/否 | 痴呆症 | | 是/否 |
| 五 官 科 | 眼睛 | 视力 | 左 右 | | 血压 |  | | 医生意见 | |
| 砂眼 | 左 右 | | 鼻 |  | | 签名 | |
| 辨色 |  | | 咽喉 |  | |
| 耳朵 | 听力 | 左 右 | |
| 耳疾 |  | | 言语 |  | |
| 外科 | 身高 | 厘米 | | | 体重 | 公斤 | |
| 皮肤 |  | | | 四肢 |  | |
| 淋巴结 |  | | | 其他 |  | |
| 脊柱 |  | | |  |  | |
| 注：此检查表检查针对受检人负责。 | | | | | | | | | |
| 医院盖章 | | | | | | | | | |