|  |
| --- |
| **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 |