附件2

**护士注册健康检查表**

指定体检医院名称: 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近照体检单位骑缝章 |
| 工作单位 |  |
| 出 生 地 |  | 民 族 |  |
| 即往病史 |  |
| 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 |  | 化验员签字： |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 色觉 | 右 | 其 它眼 疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳疾 |  |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 咽 喉 |  |
| 其 它 |  |
| 主检结果 |  （以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）结果： 1：健康或良好 2：一般或较弱 3：有慢性病（如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示：） 1.心血管病 6.结核病 2.脑血管病 7.糖尿病 3.慢性呼吸系统病 8.神经或精神病 4.慢性消化系统病 9.其它慢性病(具体): 5.慢性肾炎 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.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。

2.体检后此表交注机关。

3.X线.心电图.肝功报告单请贴在背面。

4.体检有效期为6个月。