**护士注册健康体检表**

指定体检医院名称 ： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |  |
| 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 |  |
| 其他 |  |
| 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 |  |
| 其他 |  |  |
| 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 | 右 | 矫正视力 | 右 | 其他眼疾 |  | 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、神经或精神疾病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： 填写日期： 年 月 日 |

注：1、表中内容请体检单位如实填写，不得涂改，不得弄虚作假。

2、体检后此表交注册机关。

3、X线，心电图，肝功报告单请贴在背面。