护士执业注册健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 二寸免冠正面半身彩色近照（加盖体检医院公章） |
| 身份证号 | □□□□□□□□□□□□□□□□□□ |
| 出生地 |  | 民族 |  | 婚 否 |  |
| 联系电话 |  |
| 工作单位（毕业院校） |  |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√）精神病 有□ 无□ 癫痫病 有□ 无□癔症 有□ 无□ 严重的神经官能症 有□ 无□吸食、注射毒品史 有□ 无□ 严重的心脏病、心肌病 有□ 无□慢性肾炎 有□ 无□ 尿毒症 有□ 无□ 传染性疾病 有□ 无□ 过敏史： 影响肢体活动的神经系统疾病 有□ 无□ 其他：  |
| 眼 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 矫正视力 |  |  |
| 眼 底 |  |  |
| 色 觉 |  |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 耳 疾 |  |  |
| 鼻及鼻窦 |  |  |
| 嗅 觉 |  |
| 咽 |  |
| 喉 |  |
| 口腔 | 粘 膜 |  | 医师意见：签名： |
| 牙及牙龈 |  |
| 舌 |  |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 | / mmHg | 医师意见：签名： |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺及呼吸道 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 肝、脾、双肾 |  |
| 腹部包块 |  |
| 其 他 |  |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 重 | 千克 | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 肛 门 |  | 生殖器 |  |
| 其 他 |  |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | 医师意见：签名： |
| 心电图 |  | 医师意见：签名： |
| 腹部超声 |  | 医师意见：签名： |
| 检验结果 | 血常规 | 白细胞总数（WBC）及分类 |  | 医师意见：签名： |
| 红细胞总数（RBC） |  |
| 血红蛋白（HGB） |  |
| 血小板计数（PLT） |  |
| 血生化 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） |  |
| 天冬氨酸氨基转移酶（AST） |  |
| 尿素氮（BUN） |  |
| 肌酐（CR） |  |
| 体检结果 |  体检医院盖章  主检医师签名： 填表日期： 年 月 日 |
| 执业机构意见 |  执业机构盖章负责人签名： 填表日期： 年 月 日 |