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 | | | | | | | | | | | | | |