重庆市特种作业人员体检表

体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | | | 性 别 | |  | 本工种工龄 | | | |  | 贴一寸  彩照处 |
| 作 业  类 别 |  | | | | 身份证  号码 | |  | | | | | |
| 工 作  单 位 |  | | | | | | 联 系  电 话 |  | | | | |
| 既 往  病 史 |  | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 裸眼  视力 | | 左： | | 矫正  视力 | 左： | 矫正度数： | | | | | 医师意见  （签字）： |
| 右： | | 右： | 矫正度数： | | | | |
| 其他  眼病 | |  | | | 辨色力 |  | | | | |
| 耳 | 听力 | | 左： 公尺 | | | 耳疾 |  | | | | |
| 右： 公尺 | | |
| 鼻 | 嗅觉 | |  | | 鼻及鼻  窦疾病 | |  | | | | |
| 外科 | 身长 | 公分 | | | | 体重 | 公斤 | 皮 肤 | | |  | | 医师意见  （签字）： |
| 四肢 |  | | | | 关节 |  | 平趾足 | | |  | |
| 内科 | 血压 | | 毫米汞柱 | | | | 心率 | （次/分） | | | | | 医师意见  （签字）： |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | |
| 肝 | |  | | | | | 脾 |  | | | |
| 胸部放射线  检查 | | |  | | | | | | | 医师签字： | | | |
| 体 检  结 论 | 负责医师签字： 体检单位（盖章）：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | |
| 备注：此表纸质件一式1份，原件交分中心，培训机构留存复印件，扫描电子件由分中心上传市考试中心考试管理系统。 | | | | | | | | | | | | | |