附件1：

一

寸

照

片

**河北省食品药品从业人员健康检查表**

体检日期： 年 月 日 编号:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 单位: 从业类别:  姓名: 性别: 年龄: 民族: 文化程度:  岗位: 工龄: 身份证号码： | | | | | | | | | | | | | |
| **既往**  **病史** | **病 名** | | | **肝 类** | **痢 疾** | | **伤 寒** | | **肺结核** | | | **皮肤病** | **其 它** |
| 患病时间 | | |  |  | |  | |  | | |  |  |
| 体征 | 心 |  | | | | | | 肝 | |  | | | |
| 肺 |  | | | | | | 脾 | |  | | | |
| 皮肤 | 手癣 指甲癣 手部湿疹 银屑(或鳞屑)病 渗出性皮肤病 化脓性皮肤病 | | | | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | 医师签名 | | |  | | |
| 视力及辨色力  （直接接触药品质量检验、验收、养护人员） | 视力 | | 左 | | |  | | 右 | | |  | | |
| 辨色力 | |  | | | | | 医师签名 | | |  | | |
| 摄影检查  胸部x射线 | 医师签名: | | | | | | | | | | | | |
| 实 化  验 验  室 单  检 附  查 后 | 检 查 项 目 | | | | 单 位 结 果 | | | | | | 检验师签名 | | |
| 大便  培养 | 痢疾杆菌 | | |  | | | | | |  | | |
| 伤寒或副伤寒 | | |  | | | | | |
| 肝  功  能 | 谷丙转氨酶 | | |  | | | | | |  | | |
| HAV-IgM \* | | |  | | | | | |  | | |
| HEV-IgM \* | | |  | | | | | |  | | |
| 其它 | | | |  | | | | | |  | | |
| 检查结论:  主检医师签名: (公章)  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

\*说明：发现谷丙转氨酶异常的，加做HAV-IgM、HEV-IgM两个指标。