**护士执业注册健康体检表**

指定体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | |  | | 性别 |  | | | | 出生日期 | | |  | | | 近期二寸  免冠正面  半身彩色照片  体检单位骑缝章 |
| 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 | | | |  | | | | | | | |
| 左： |
| 鼻及鼻窦  疾 病 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 咽 喉 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 主  要  检  查  结  果 | 以下部分请在符合项目上用 “√”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    主检医师签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注  册  机  关  意  见 | 注册机关盖章      填报日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |

注： 1、体检医院为二级以上综合医院。

2、表中内容要如实工整填写，不得涂改，不得弄虚作假。

3、X线、心电图、肝功能、血常规、尿常规报告单请粘贴在A4纸上。

4、用人单位签署意见后，此表随注册申请材料交注册机关。

5、此表用A4纸双面印制。