**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。