特 种 作 业 人 员 体 检 表

编号： 日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | 年龄 |  | | 工种 |  | | 贴相片处  （医院骑缝章） |
| 工作单位 |  | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 |  | | | | | | | | | | | | |
| **内科** | | | | | **外科** | | | | **五官科** | | | | **免责声明** |
| 血压 | *mm* 汞柱 | | 心 | 次*/* 分 | 身高 | | *cm* | | 眼 | 原来视力 |  | | 本人承诺无妨碍从事  （工种）特种作业的器质性心脏病、癫痫病、美尼尔氏症、眩晕症、癔病、震颤麻痹症、精神病、 痴呆症以及其他疾病和生理  缺陷。  签名：  年 月 日 | 体检医院意见 |
| 矫正视力 |  | | （盖章） 年 月 日 |
| 神经及精神 | |  | | | 体重 | | *kg* | |
| **辨色力** |  | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | 四肢 | |  | | 耳 | 听力 |  | |
| 心脏及血管 | |  | | | 关节 | |  | | 耳疾 |  | |
| 肝 | |  | 脾 |  | 其它 | |  | | 鼻 | 嗅觉 |  | |
| 其 他 | |  | | | 医师签名 | |  | | 其它 | |  | |
| 医师签名 | |  | | | 医师签名 | |  | |