|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 作业类别 |  | 参加工作时间 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话（手机） |  |
| 外科 | 身高 | cm | 四肢 |  | 医师意见（签字）： |
| 体重 | kg | 关节 |  |
| 内科 | 血压 |  毫米 汞柱 | 内脏 |  | 心率 |  次/分 | 医师意见 （签字）： |
| 神经及精神 |  |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 左： | 矫正视力 | 左： | 辨色 | 辨色力 |  | 医师意见（签字）： |
| 右： | 右： | 其他眼疾 |  |
| 耳 | 听力 | 左： | 鼻 | 嗅觉 |  |
| 右： |
| 耳疾 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 体检结论 | 医师意见（签字）： 体检单位（盖章）： 年 月 日 |

**特种作业人员体检表**

注：从事特种作业的人员须经社区或者县级以上医疗机构体检健康合格。

|  |
| --- |
| 本人如实申告（具有□，不具有□）下列疾病或者情况： 器质性心脏病□ 高血压□ 癫痫□ 眩晕症□ 恐高症□  美尼尔氏症□ 精神病□ 神经官能症□ 脑外伤后遗症□ （注：凡有以上妨碍从事相应特种作业疾病者均不得从事特种作业）  本人签字： 年 月 日 |