

# 护士注册健康检查表

指定体检医院名称:xxx

体检日期: 2023年1月1日

姓名	张三	性别	男	出生日期	1990年9月	近照	
工作单位	x x x						
出生地	x x x		民族	x x			
即往病史	无						
家族史	无						
外科	甲状腺	x x		脊柱	x x		
	淋巴	x x		四肢	x x		
	肛门	x x		关节	x x		
	泌尿生殖器	x x					
	其它	x x					
内科	血压	x x					
	神经及精神	x x					
	肺及呼吸道	x x					
	心脏及血管	x x					
	腹部器官	x x	肝	x x			
			脾	x x			
其它							
胸部X线透视	x x x				医师签字: x		
心电图	x x x				医师签字: x		
转氨酶	x x x				化验员签字: x		

体检单位骑缝章

医师签字:

医师签字:

五官科	眼	视	右× ×	色觉	右× ×	其它 眼疾 × ×	医师签字:
		力	左× ×		左× ×		
	耳	听	右× ×	耳疾	× ×		
		力	左× ×				
	鼻及鼻窦 疾病	× ×					
咽喉	× ×						
其它	× ×						
主检结果	<p>(以下部分请在符合的项目上用“√”表示:)</p> <p>结果: 1: 健康或良好      2: 一般或较弱      3: 有慢性病</p> <p>(如有慢性病请继续在下列符合的项目上用“√”表示:)</p> <p>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. 神经或精神病 4. 慢性消化系统病              9. 其它慢性病(具体): 5. 慢性肾炎                      _____</p> <p style="text-align: right;">体检医院盖章</p> <p>主检医师签字:                      × ×                      填写日期:2023年1月1日</p>						
卫生健康行政部门意见	<p style="text-align: right;">卫生健康行政部门盖章</p> <p style="text-align: right;">填报日期: 2023年1月1日</p>						

- 注:**
- 1.表中内容请体检单位如实工整填写,不得涂改,不得弄虚作假。
  - 2.体检后此表交卫生健康行政部门。
  - 3.X线.心电图.肝功报告单请贴在背面。

4.体检有效期为6个月。