**天津市护士执业注册体检表**

体检医院名称： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 近照体检单位骑缝章 |
| 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 |  |
| 其它 |  |
| 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 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师签字： |
| 心电图 |  | 医师签字： |
| 转氨酶 |  | 乙肝表面抗原 |  | 检验人员签字： |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 色觉功能 | 右 | 其它眼疾 |  | 医师签字： |
| 左 | 左 | 左 |
| 耳 | 听力 | 右 | 耳疾 |  |
| 左 |
| 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 咽喉 |  |
| 其它 |  |
| 主检结果 |  一、有无影响履行护理职责的疾病，残疾或者功能障碍，不适宜从事护理工作的疾病项目上用“√”表示 1.甲、乙类传染病发病期 2.精神病史 3.身体残疾 4.健康状况不适宜从事护理工作 二、以下部分请在符合的项目上用“√”表示 1.健康或良好 2.一般或较弱 3.有慢性病 体检结论： 体检医院盖章： 年 月 日 |
|  化验单、心电图粘贴处 |

 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.体检后此表交注册机关。