附件3

派驻乡镇专职消防员体格检查表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 性别 出生 年 月 日  民 族 婚否 籍贯  现住址 省(市自治区) 县(区) 乡(街道) 村(号) | | | | | | | 照  片 |
| 眼  科 | 裸眼  视力 | 左 右  检查者签名 | 色觉  检查 | | 单色识别能力:  色觉 检查者签名 | | 医师意见:  签名: |
| 病史 |  | | | | |
| 眼病 |  | | | | |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 米 右耳 米  检查者签名 | | 嗅  觉 | | 检查者签名 | 医师意见：  签名 |
| 病史 |  | | | | |
| 耳病 |  | | | | |
| 鼻病 |  | | | | |
| 咽喉病 |  | | | | |
| 耳气压功能: 鼓膜情况: | | | | | |
| 口腔科 | 龋齿 牙周病 开牙合、超牙合、深复牙合 | | | | | | 医师意见：    签名 |
| 缺齿 牙列不齐 | | | | 其他口腔疾病： | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 身长 厘米，体重 千克，检查者签名 | | | | 医师意见：  签名： |
| 病史 | | | |
| 头颈 | 淋巴 | | |
| 四肢关节 | 脊柱 | | |
| 胸、腹 | 泌尿生殖 | | |
| 肛门 | 皮肤、性病 | | |
| 其他 | | | |
| 内  科 | 血压 千克，心率 次/分，检查者签名 | | | | 医师意见：  签名： |
| 病史 | | | |
| 肺部 | 心血管 | | |
| 腹部 | 肝、脾 | | |
| 精神、神经 | | | |
| 其他 | | | |
| 辅助检查 | 此栏粘贴各种检查报告单，血、尿常规、肝功能、肾功能、乙肝两对半、相关肿瘤因子检测、全腹部B超、心电图等 | | | | |
| 主检医师意见 | 主检医师签名：  年 月 日 | | 承检医院意见 | （盖 章）  年 月 日 | |
| 备注 |  | | | | |