

政府专职消防员体格检查表

姓名_____性别_____出生_____年_____月_____日					照片
民族_____婚否_____籍贯_____					
现住址_____省(市自治区)_____县(区)_____乡(街道)_____村(号)					
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:
	病史				签名:
	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:
	病史				签名
	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:
	缺齿 牙列不齐		其他口腔疾病:		签名
外	身高_____厘米, 体重_____千克, 检查者签名_____				医师意见:
	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			

(此表装入档案)