政府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 | | | | | | | 其它口腔疾病： | | |
| 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 | | | | | |
| 其它 | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 其它 | | | | | | | | | |
| 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、梅毒、艾滋、甲胎蛋白、癌胚抗原等相关肿瘤因子检测、全腹部B超、心电图、肺部CT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 | |  | | | | | | | | | | |