吉林省护士执业注册体格检查表

体检医院： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性 别 | | | |  | | | 出生年月 | | | | | |  | | 照片 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | 联系电话 | | |  | | | | | | | |
| 民族 | |  | | | | | | | | 出生地 | | |  | | | | | | | |
| 工作单位（毕业院校） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族史 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√）  如填写“有”，请做详尽描述。（包括：病种、分期、治疗情况） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 精神病 无□ 有□  癔症 无□ 有□  吸食、注射毒品史 无□ 有□  慢性肾炎 无□ 有□  慢性呼吸系统病菌 无□ 有□  慢性消化系统疾病 无□ 有□  传染性疾病 无□ 有□ | | | | | | | | | | 癫痫病 无□有□  严重的神经官能症 无□有□  器质性心脏病、心肌病 无□有□  尿毒症 无□有□  影响肢体活动的神经系统疾病 无□有□  结核病 无□有□  糖尿病 无□有□ | | | | | | | | | | | |
| 基本情况 | 身高 | | | | cm | | 体重 | | | Kg | | | | | 血压 | | / mmHg | | | 医师签字： | |
| 内科 | 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | 心脏及血管 | | | | |  | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | 腹部器官 | | | | |  | | | | |
| 腹部器官 | | | |  | | | | 肝 | |  | | | | 脾 | | |  | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 甲状腺 | | | |  | | | | | 脊柱 | | | |  | | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | 皮肤 | | | |  | | | | | |
| 淋巴 | | | |  | | | | | 四肢关节 | | | |  | | | | | |
| 肛门 | | | |  | | | | | 泌尿生殖器 | | | |  | | | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼  视力 | | 左 | | | | | 矫正视力 | | 左 | | 色觉  功能 | | | | 左 | | | | 医师意见：  签字 | |
| 右 | | | | | 右 | | 右 | | | |
| 其他 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻  喉科 | 听力 | | | 左耳 米 右耳 米 | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签字 | |
| 唇腭 | | |  | | | | | | 嗅觉 | |  | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | |  | | | | | | 鼻及鼻窦疾病 | |  | | | | | | | |
| 胸部X线  正位片 | 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验单粘贴处（必检项目）  心电图：  肝 功：（谷丙转氨酶）  肾 功：（肌酐尿素氮）  血常规： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检结论（以下部分请在符合的项目上用“√”表示：）  结果：1.健康或良好 2.一般或较弱 3.有慢性病  主检医师签字：  体检医院公章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |