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 |