**浙江省执业医师注册健康体检表（2017版）**

体检医院名称（盖章）： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | | 出生年月 | | |  | | 半年内免冠  二寸  照片  医院骑缝章 |
| 医师资格 | |  | | | 户籍所在地 | |  | | | | | |
| 拟聘机构 | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | |
| 家 族 史 | |  | | | | | | | | | | |
| 耳  鼻  喉  科 | 眼 | 视力 | 左 | |  | 矫正  视力 | | 左 |  | 其他  眼疾 | |  | 医师签字： |
| 右 | |  | 右 |  |  | |  |
| 耳 | 听力 | 左 | |  | 耳疾 | |  | | | | |
| 右 | |  |
| 鼻及鼻窦疾病 |  | | | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | |
| 外科 | 甲状腺 |  | | | | | | 脊柱 | | |  | | 医师签字： |
| 淋巴 |  | | | | | | 四肢 | | |  | |
| 肛门 |  | | | | | | 关节 | | |  | |
| 泌尿生殖器 |  | | | | | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | |  | | | | | | | | | 医师签字： |
| 神经精神系统 | | |  | | | | | | | | |
| 呼 吸 系 统 | | |  | | | | | | | | |
| 循 环 系 统 | | |  | | | | | | | | |
| 消 化 系 统 | | |  | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | |
| 实验室检查 | | | | 检验者签字： | | | | | | | | | |
| 胸部影像检查 | | | | 医师签字： | | | | | | | | | |
| 其 他 检 查 | | | | 检查者签字： | | | | | | | | | |
| 主检医师意见 | | | | 请在以下项目后方框内打“√”表示体检结果：  1、合格□ 2、不合格□ （1.甲、乙类传染病传染期□ 2.精神病发病期□ 3.身体残疾或功能障碍□ 4.其他需说明的情况□ ）  第3、4请具体说明：  主检签字： | | | | | | | | | |

注：1、血常规、尿常规、大便常规、肝功能、艾滋病病毒抗体为必检项目。 2、体检表交注册机关。