

特种设备管理、作业人员体检表

姓名		性别		联系电话		照片粘贴			
身份证号									
作业种类		项目代号		本工种工龄					
工作单位				单位联系人					
				联系方式					
既往病史 由本人填写	高血压 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 心脏病 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 癫痫 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 精神病 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 突发性晕厥 有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 近一年内是否患有不适合本工种工作的疾病：有 <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/>					本人签字：			
内科	心律				眼科	视力	左眼	裸视	
	肺						右眼	裸视	
	血压					色变	单色识别		
	其他						彩色图案及编码		
	医生签字：				医生签字：				
外科	身高				耳科	听力	左耳		
	运动						右耳		
	畸形					医生签字：			
	医生签字：								
其他项目					医院体检意见				
	医生认为需要进行的项目					(医院盖章) 日期：			

注：申请者必须年满 18 周岁，具有相应的文化程度。