**特种设备作业人员体检表**

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | | 出生日期 | | |  | 照片粘贴并盖  体检单位公章 |
| 身份证号 |  | | | | | 联系电话 | | |  |
| 家庭住址 |  | | | | | 邮政编码 | | |  |
| 作业种类 |  | | | | 作业项目和类别 | | | |  |
| 工作单位 |  | | | | | | 本工种工龄 | |  |
| 既往病史 | 高血压□ 心脏病□ 癫痫□  精神病□ 突发性晕厥□  近一年内是否患有不适合本工种工作的疾病□： | | | | | | | | | 本人签字： |
| 以上内容由本人填写，请在既往病史项目后的□内写“有”或“无”。 | | | | | | | | | | |
| 身高 |  | 心率 | | | |  | | 血压 | |  |
| 视力 | 左眼 | 裸视 | | | | 听力 | | 左耳 | |  |
| 矫正 | | | | 右耳 | |  |
| 右眼 | 裸视 | | | | 色变 | | 单色识别 | |  |
| 矫正 | | | | 彩色图案及编码 | |  |
| 四肢及躯干 | 运动 |  | | | | | | | | |
| 畸形 |  | | | | | | | | |
| 内科 | 家族病史：  传染病接触史： | | | | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | |
| 体检结论 | 负责医师签字：  体检单位（盖章）  年 月 日 | | | | | | | | | |