黄山市建筑施工特种作业人员体检表

报考工种： 体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | |  | | | 出生日期 | | | |  | | | 贴照片 |
| 身高 |  | | | | 体重 | | | | kg | | | | | |
| 身份证号码 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 工作单位 |  | | | | | 手机号码 | | | | |  | | | |
| 无  既  往  病  史 | 器质性心脏病、贫血、精神病、癫痫、恐高症、美尼尔氏症、眩晕症、重症神经官能症、慢性骨髓炎、传染性疾病、支气管哮喘、支气管扩张、突发性晕厥、肢体残疾、功能受限者。 | | | | | | | | | | | | | | 无疾病和生理缺陷者个人承诺签字： |
| 有以上疾病或生理缺陷者，不得从事特种作业工作。 | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | mmHg | | | | | 心脏 | | |  | | | | 医生签章 |  |
| 肺 |  | | | | | 腹部 | | |  | | | |
| 外科 | 头颈躯干 |  | | | | | 四肢关节 | | |  | | | | 医生签章 |  |
| 眼科 | 视力 | 左眼：  右眼： | | | | | 色觉 | | |  | | | | 医生签章 |  |
| 五官科 | 听力 | 左耳：  右耳： | | | | | 耳、鼻 | | |  | | | | 医生签章 |  |
| 体检结论：  □合格  □不合格 | | | | 医师签章： | | | | | | | | | 医院盖章： | | |