**体** **检** **表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | 贴相片  小一寸  县（区）级、二级乙等以上  医院盖骑像章）  注：无相片、无骑像章无效 | |
| 身份证号 | |  | | | | | | 本人电话 | |  | | |
| 本人承诺无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥、恐高症及无妨碍从事相应特种作业的疾病和 生理缺陷。  **\*本人签名：** | | | | | | | | | | | | |
| 以下由医生填写 | | | | | | | | | | | | |
| **五官科** | 视 力 | | 左 | | **必检项目** | | | 矫正 视力 | 左 | |  | | 医师签名：**必填项目** | |
| 右 | | **必检项目** | | | 右 | |  | |
| 听 力 | | 左 | | **必检项目** | | | 辨色力 | | | **必检项目** | |
| 右 | | **必检项目** | | |
| **外** **科** | 身 高 | | | | cm | | | 体 重 | | | Kg | | 医师签名：**必填项目** |  |
| 四肢活动功能 | | | | **必检项目** | | 双手 | **必检项目** | | | 躯干 | **必检项目** |  |
| **内** **科** | 血 压 | | | **必检项目**mmHg | | | | 心 率 | | | **必检项目**次/分 | | 医师签名：**必填项目** |  |
| 诊断结论：  **体检医院盖章**  （诊断结论必须填写否则无效） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |  |

**温馨提醒：**

**1.** 双手手指健全，肢体和手指活动正常，下肢功能正常。

**2.** 双目裸眼视力或矫正视力均在 0.8（新标准 4.9）及以上，无色盲、色弱等。

**3.** 无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥、恐高症及无妨碍从事相应特种作业的疾病和 生理缺陷。

**4.** 无器质性心脏病（先天性心脏病、冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、肺性 心脏病 、心肌病等各种心脏病）。

**5.** 本体检表须在县、区级（二级）或以上医院体检。

**学历证明**

兹有我(o单位员工/o村民） ，身份证号： ， 是初中毕业。

特此证明。

（单位公章/村委会公章） 20 年 月 日

（裁剪、涂改无效）