

附表 6

医师执业注册健康体检表

体检医院名称：

体检日期： 年 月 日

姓名		性别		出生日期		近 期 二 寸 免 冠 正 面 半 身 彩 色 照 片	
身份证号							
工作单位							
出生地		民族		婚否			
既往病史							
家族史						(盖体检医院公章)	
身高	厘米		体重	千克			
眼	裸眼视力	左		右		医师意见： 签名： 年 月 日	
	矫正视力						
	眼 疾						
	色 觉						
耳 鼻 咽 喉	听 力	左		右		医师意见： 签名： 年 月 日	
	耳 疾						
	鼻及鼻窦						
	嗅 觉						
	咽						
	喉						
口 腔	粘 膜					医师意见： 签名： 年 月 日	
	牙及牙龈						
	舌						
内 科	呼吸	次/分	脉搏	次/分	血压	/ mmHg	医师意见： 签名： 年 月 日
	发育及营养						
	神经及精神						
	肺及呼吸道						
	心脏及血管						
	肝、脾、双肾						
	腹部包块						
其 他							

