机场专职消防队伍

消防员招录体格检查表

姓名：

机场专职消防员招录工作办公室制

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性 别 |  | 出生日期 |  | 照片  （一寸免冠） |
| 文化程度 | |  | | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 职 业 | |  | | 公民身份  号 码  号 码 |  | | |
| 毕业学校或工作单位 | | | |  | | | | |
| 现住址 | | 乡（镇、街道） 村（号） | | | | | | |
| 外  科 | 身高 cm 体重 kg 签名： | | | | | | | 医师意见  签名： |
| 病 史 | |  | | | | |
| 头颈部 | |  | | 脊 柱 |  | |
| 胸、腹部 | |  | | 四肢关节 |  | |
| 泌尿、生殖 | |  | | 肛 门 |  | |
| 皮肤、文身 | |  | | 其 他 |  | |
| 内  科 | 血压 mmHg 签名： 口吃 签名： | | | | | | | 医师意见  签名： |
| 病 史 | |  | | | | |
| 心脏 | | 心率 次/分 | | | | |
| 肺 | |  | | 腹 部 |  | |
| 神经 | |  | | 其 他 |  | |
| 眼  科 | 右眼 | | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 | | | | | 医师意见  签名： |
| 左眼 | | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 | | | | |
| 色觉 | | 正常 色弱 色盲 单色识别能力正常 | | | | |
| 病史 | |  | | | | |
| 眼病 | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳  鼻  咽  喉  科 | 听 力 | 右耳 m 左耳 m | | | | 嗅觉 | □正常 □迟钝 □丧失 | | | | | 签名： | |
| 病 史 |  | | | | | | | | | | 医师意见  签名： | |
| 耳 |  | | | | | | | | | |
| 鼻 |  | | | | | | | | | |
| 咽 喉 |  | | | | | | | | | |
| 耳气压功能 鼓膜情况 | | | | | | | | | | |
| 口  腔  科 | 龋齿 牙周炎 咬 | | | | | | | | | | | 医师意见  签名：  签名 | |
| 缺齿 牙列不齐 其他 | | | | | | | | | | |
| 实  验  室  检  查 | 血常规： | | | | | | | | | | | 签名： | |
| ALT CR UREA | | | | | | | | | | |
| HBsAg HIV抗体 | | | | | | | | | | |
| 尿常规： | | | | | | | | | | |
| 尿沉淀镜检： | | | | | | | | | | |
| 尿毒品 尿HCG （血清HCG­） | | | | | | | | | | |
| 粪便常规 | | | | | | | | | | |
| 职  业  适  应  性  检  测 | 测验结果 | | I | A | | His | D | | Pd | Pt | | Sc | Ma |
|  |  | |  |  | |  |  | |  |  |
| 结 论 | |  | | | | | | | | | | |
| 签 名 | | 施测者 | |  | | | 负责人 | | |  | | |

报告单粘贴处

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 胸部X光射线 | |  | 医师意见  签名： |
| 心 电 图 | |  | 医师意见  签名 |
| 腹 部 B 超 | |  | 医师意见  签名 |
| 妇 科 B 超 | |  |
| 妇  科 | 病 史 |  | 医师意见  签名： |
| 疾 病 |  |
| 月经史 | 初潮 末次月经 |
| 主检医师意见 | | 主检医师签名：  年 月 日 | |
| 体检结果及结论 | | 机场专职消防员招录工作办公室  年 月 日 | |
| 备 注 | | 此表A3小册子打印 | |