附件二：

**特种作业操作人员健康查体表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | | 性别 | |  | | | 身份证号 | |  | | | | 一寸近期  免冠彩照 |
| 申报特种作业专业 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 工作单位 | |  | | | | | | | | 联系电话： | | | | |
| 身高（cm） | |  | | 体重（kg） | | |  | | | 精神状态 | | |  | |
| 听力 | | 左耳 | |  | | | 右耳 | | |  | | | | 医师检查意见：  （签字）  年 月 日 | |
| 视力 | | 左眼 | |  | | | 右眼 | | |  | | | |
| 辩色力 | | 左眼 | |  | | | 右眼 | | |  | | | |
| 血压 | |  | | | | | 脉搏 | | |  | | | | 医师检查意见：  （签字）  年 月 日 | |
| 神经及精神疾病 | | |  | | | | 脑电图（可或缺） | | | | |  | |
| 肺呼吸道疾病 | | |  | | | | | | | | | | |
| 心血管疾病 | | |  | | | | | 心电图（可或缺） | | | |  | |
| 腹腔器官疾病 | | |  | | | | | | | | | | |
| 骨骼及关节 | | | 四肢 | |  | | | | | | | | | 医师检查意见：  （签字）  年 月 日 | |
| 脊柱 | |  | | | | | | | | |
| 既往史 | | 心脏病史、癫痫病史、美尼尔氏症史、眩晕症史、癔病史、震颤麻痹症史、精神病史、痴呆症史。（确定项画“√”） | | | | | | | | | | | | 本人确认有无及签名：  年 月 日 | |
| 家庭史 | | 心脏病史、癫痫病史、美尼尔氏症史、眩晕症史、癔病史、震颤麻痹症史、精神病史、痴呆症史。（确定项画“√”） | | | | | | | | | | | |
| 检查结果 | | 有无：①器质性心脏病 ②癫痫病 ③美尼尔氏症 ④眩晕症 ⑤癔病 ⑥震颤麻痹症 ⑦精神病 ⑧痴呆症 ⑨其他疾病和生理缺陷。（确定项画“√”）  结果意见： | | | | | | | | | | | | 主管医师意见：  查体医院门诊部（公章）  年 月 日 | |
| 培训机构  意见 | | 要求：①体检应在县级以上医院进行。下列检查内容有一项存在问题的即为体检不合格。②体检项目标准：听力（一侧听力在5米以上）、视力（裸眼视力4.3以上）；辩色力（无红绿色盲）；血压（无二级及以上）；肢体残疾（上肢以及手、下肢以及脚无残缺和四肢、脊椎关节无僵直）；③无器质性心脏病、癫痫病、美尼尔氏症、眩晕症、癔病、震颤麻痹症、精神病、痴呆症以及上述疾病病史。④体检表上有各栏医生签字和本人签字。  主管人签名：  （培训机构公章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |