**特种设备作业人员体检表**

体检时间： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  | 照片黏贴处 |
| 身份证号 |  | | | 联系电话 |  |
| 作业种类 |  | | 作业项目 |  | |
| 工作单位 |  | | | 邮政编码 |  |
| 家庭住址 |  | | | | |
| 既  往  病  史 | □心脏病 □癫痫 □精神病 □突发性昏厥  □美尼尔氏症 □癔病 □震颤麻痹 □痴呆  □影响肢体活动的神经系统疾病等妨碍特种作业疾病  □吸食、注射毒品、长期用依赖性精神药品成瘾尚未戒除  □其他不能胜任特种设备作业的疾病或情况  □无以上情况 | | | | | 本人签名： |
| 以上内容由本人填写，如具有上述疾病或情况在□内划“√” | | | | | | |
| 视力 | 左眼 | 裸视 |  | 听力 | 右耳 |  |
| 矫正 |  | 左耳 |  |
| 右眼 | 裸视 |  | 辨色力 |  | |
| 矫正 |  |
| 躯干 |  | 肢体 | 左上肢 |  | 右上肢 |  |
| 颈部 |  | 左下肢 |  | 右下肢 |  |
| 体  检  结  论 | 负责医生签字： 体检单位盖章：  年 月 日 | | | | | |