**沈阳市医师执业注册体格检查表**

医师注册 医疗机构注册 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  |  |
| 身份证号码 |  |
| 单位名称 |  | 电话 |  |
| 内科 | 血压： / mmHg 心脏：心律 杂音 |
| 肺： 肝脾： |
| 其它：医师签字： |
| 外科 | 头颈: 表浅淋巴结: |
| 脊柱、四肢: 皮肤: |
| 其它：医师签字： |
| 眼科 | 右: 右:视力 是否矫正左: 左: |
| 外眼疾病: |
| 其它：医师签字： |
| 耳鼻喉科 | 嗅觉: 听力: 耳鼻咽: |
| 其它：医师签字： |

|  |  |
| --- | --- |
| 心电图 |  如实填写医师签字： |
| 胸部DR检查 |  如实填写医师签字： |
| 理化检查项目 |  如实填写医师签字： |
| 体检结论 |  如实填写主检医师签字： 体检单位：（盖章）日期： |

\*如对体检结论有异议请七日内申请复检