**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 | | 王小西 | 性别 | | 女 | | 年龄 | 30 |  |
| 身份证号码 | | 如实填写 | | | | | | |
| 单位名称 | | 沈阳市XX医院 | | 电话 | | 如实填写 | | |
| 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