

叉车初训体检报告要求

- 1、四肢健全，身体无运动功能障碍
- 2、视力、无弱视
- 3、无色盲、色弱


注意：必须盖有医院章

就近医院：嘉定区中医医院（启良路 120 号体检科 39921615）

时间：周一到周六 8: 00-11: 00（节假日除外）

体检编号： [REDACTED]

嘉定区 [REDACTED] 医院健康检查记录表

自填项目	姓名	[REDACTED]	性别	男	身份证号	[REDACTED]
	电话	[REDACTED]	地址	[REDACTED]		
	个人病史	家族史				
目	身高	厘米	体重	公斤		
	裸眼视力	左 未查	右 未查	(矫正): 左 1.0 右 1.0		
五官科	眼辨色力	正常	砂眼	左	右	嗅觉 其它
	听力(耳语试验)	左	公尺	右	公尺	
	耳	鼻		签名: [REDACTED]		
	咽喉	其它				
外科	皮肤	正常	关节	正常		
	胸廓	正常	脊柱	正常		
	四肢	正常	平底足	未检		
	甲状腺	正常	淋巴腺	未及		
内科	其它	签名: [REDACTED]				
	血压	毫米水银柱	脉搏	每分钟	次	
	心	肺				
	腹部	神经系统				
其它						签名: [REDACTED]
X射线检测		签名: [REDACTED]				
心电图		签名: [REDACTED]				
其他科室检查		[REDACTED]				
结论: 目前所检项目无明显异常						
主检医生签字						 体检单位 (公章)