**建筑施工特种作业人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | 年龄 | |  | 贴相片  小一寸  (县级、二级)以上医院  盖骑像章）  注：无相片、无骑像章无效 |
| 身份证号 | |  | | | | | | 本人电话 | |  | | |
| 本人承诺无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥、恐高症及无妨碍从事相应特种作业的疾病和生理缺陷。  **\*本人签名：** | | | | | | | | | | | | |
| 以下由医生填写 | | | | | | | | | | | | |
| **五**  **官**  **科** | 视 力 | | 左 | | **必检项目** | | | 矫正  视力 | 左 | |  | | 医师签名：**必填项目** |
| 右 | | **必检项目** | | | 右 | |  | |
| 听 力 | | 左 | | **必检项目** | | | 辨色力 | | | **必检项目** | |
| 右 | | **必检项目** | | |
| **外**  **科** | 身 高 | | | | cm | | | 体 重 | | | Kg | | 医师签名：**必填项目** |
| 四肢活动功能 | | | | **必检项目** | | 双手 | **必检项目** | | | 躯干 | **必检项目** |
| **内**  **科** | 血 压 | | | **必检项目**mmHg | | | | 心 率 | | | **必检项目**次/分 | | 医师签名：**必填项目** |
| 诊断结论：  体检医院盖章  （诊断结论必须填写否则无效) 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | |

**注：体检内容及合格要求：**

1. 双手手指健全，肢体和手指活动正常，下肢功能正常。
2. 双目无色盲、色弱。
3. 无精神病、癫痫、眩晕、突发性昏厥、恐高症及无妨碍从事相应特种作业的疾病和生理缺陷。
4. 无器质性心脏病（先天性心脏病、冠心病、高血压性心脏病、风湿性心脏病、肺性心脏病 、心肌病等各种心脏病）。
5. 无高血压
6. 经由医疗资质机构体检合格且无妨碍从事相应特种作业的疾病和生理缺陷。