**浙江省建筑施工特种作业人员体检表**

体检医院： 医院等级：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 | | |  | | 身份证号 |  | | 一寸  照片 |
| 单位 |  | | | | | | | | 工种 |  |
| 内科 | 血压 | /mmhg | | | | | 心 | |  | 医生  签章 |  |
| 肺 |  | | | | | 腹部 | |  |
| 外科 | 头颈 |  | | | | | 四肢  关节 | |  | 医生  签章 |  |
| 眼科 | 视力 | 左 | | 裸 |  | | | 色觉 |  | 医生  签章 |  |
| 矫 |  | | |
| 右 | | 裸 |  | | |
| 矫 |  | | |
| 五官科 | 听力 | 左： | | | | | 耳疾 | |  | 医生  签章 |  |
| 右： | | | | |
| 胸透 | |  | | | | | | | | 医生  签章 |  |
| 血常规 | |  | | | | | | | | 医生  签章 |  |
| 肝功能（省标） | |  | | | | | | | | 医生  签章 |  |
| 体检结论 | | 体检医院盖章：  体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |
| 本人声明：  本人没有不允许申请建筑施工特种作业人员操作证书的相关疾病：如心脏病、癫痫病、美尼尔氏症、眩晕症、高血压、精神病、突发性昏厥症以及影响肢体活动的神经系统疾病。    本人签名：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

注：要求无听觉障碍、无色盲；双眼裸视力在4.8以上，且矫正视力在5.0以上（建筑电工、建筑起重机械司机矫正视力在5.0以上）；