附件4

**编号：**

类别：上岗前检查 （ ）

在岗期间检查 （ ）

离岗时检查 （ ）

职业健康检查表（样式）

**姓 名：**

**单 位：**

**体检单位：**

**检查日期：**

姓 名：

性 别：

出生日期：

出 生 地：

身份证号码：

婚姻状况：

教育程度：

家庭住址：

单 位：

联系电话：

受检人签名： 年 月 日

一、职业史（由受检者本人填写）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 起止日期 | 工 作 单 位 | 车间 | 工种 | 有害因素 | 防护措施 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

二、既往史

三、急慢性职业病史

病 名： 诊断日期：

诊断单位： 是否痊愈：

四、个人生活史

月经史：（初潮，经期/周期，停经年龄）

生育史： 现有子女 人；流产 次；早产 次；

死产 次；异常胎 次

吸烟史：不吸烟、偶吸烟、经常吸 包/天，共 年；

不饮酒、偶饮酒、经常饮 ml/日，共 年

五、家族史

六、其 他

七、症状

检查日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 项 目 | 程 度 | 项 目 | 程 度 | 项 目 | 程 度 |
| 头晕 |  | 恶心 |  | 嗅觉减退 |  |
| 头痛 |  | 呕吐 |  | 鼻干燥 |  |
| 眩晕 |  | 腹胀 |  | 鼻塞 |  |
| 失眠 |  | 腹痛 |  | 流鼻血 |  |
| 嗜睡 |  | 肝区疼痛 |  | 耳鸣 |  |
| 多梦 |  | 便秘 |  | 耳聋 |  |
| 记忆力减退 |  | 便血 |  | 咽部疼痛 |  |
| 易激动 |  | 尿频 |  | 声嘶 |  |
| 疲乏无力 |  | 尿急 |  | 流涎 |  |
| 四肢麻木 |  | 尿痛 |  | 牙齿松动 |  |
| 动作不灵活 |  | 血尿 |  | 刷牙出血 |  |
| 肌肉抽搐 |  | 水肿 |  | 口腔异味 |  |
| 胸痛 |  | 全身酸痛 |  | 口腔溃疡 |  |
| 胸闷 |  | 肌肉疼痛 |  | 性欲减退 |  |
| 咳嗽 |  | 肌无力 |  | 视物模糊 |  |
| 咳痰 |  | 关节疼痛 |  | 视力下降 |  |
| 咯血 |  | 皮下出血 |  | 眼痛 |  |
| 气促 |  | 月经异常 |  | 羞明 |  |
| 气短 |  | 低热 |  | 流泪 |  |
| 心悸 |  | 盗汗 |  | 脱发 |  |
| 心前区不适 |  | 多汗 |  | 皮疹 |  |
| 心前区疼痛 |  | 口渴 |  | 皮肤瘙痒 |  |
| 食欲不振 |  | 消瘦 |  | 医师（签章）： |  |

注：无上述症状用“─”表示；有症状轻度用“+”、中度用“++”、重度用“+++”表示。 八、体征

|  |  |
| --- | --- |
| 一般情况 | 营养状况： ；脉率： 次/分；  呼吸频率： 次/分；血压： kp或 mmHg；  身 高： cm；体重： kg  医师（签章）： |
| 内  科 | 皮肤黏膜： |
| 淋巴结： |
| 甲状腺： |
| 呼吸系统： |
| 心血管系统： |
| 消化系统： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |
| 神  经  科 | 意识、精神状况： |
| 肌力、肌张力： |
| 膝腱反射： |
| 跟腱反射： |
| 浅感觉： |
| 深感觉： |
| 病理反射： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |
| 眼  科 | 视力： |
| 外眼检查： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |

|  |  |
| --- | --- |
| 口  腔  科 | 口腔气味： |
| 黏膜、牙龈： |
| 牙齿： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |
| 耳  鼻  喉  科 | 外耳、鼓膜： |
| 一般听力： 左耳： 右耳： |
| 鼻外形： |
| 鼻黏膜、鼻中隔： |
| 鼻窦部： |
| 咽部： |
| 扁桃体： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |
| 皮  肤  科 | 色素沉着： |
| 增厚、脱屑、皲裂： |
| 皮疹： |
| 出血点（斑）： |
| 赘生物： |
| 水疱： |
| 其他： |
| 医师（签章）： |
| 其  他 |  |

九、实验室及其他检查报告

十、检查结论

**主检医师（签章）： 日期： 年 月 日**

**质控医师（签章）： 日期： 年 月 日**