

中国消防救援学院招收青年学生 体 格 检 查 表

姓名：_____

_____消防员招录工作办公室制

_____省（自治区、直辖市）_____县（市、区、旗）

姓 名		性 别		出生日期		贴 照 片 处
文化程度		民 族		婚姻状况		
职 业		公民身份 号 码				
毕业学校或工作单位						
现住址	乡（镇、街道） 村（号）					
外 科	身高	cm	体重	kg	签名：	医师意见
	病 史					
	头颈部		脊 柱			
	胸、腹部		四肢关节			
	泌尿、生殖		肛 门			
	皮肤、文身		其 他	签名：		
内 科	血压	mmHg	签名：	口吃	签名：	医师意见
	病 史					
	心 脏	心率	次/分			
	肺		腹 部			
	神 经		其 他	签名：		
眼 科	右 眼	裸眼视力	矫正视力	矫正度数		医师意见
	左 眼	裸眼视力	矫正视力	矫正度数		
	色 觉	☐ 正常 ☐ 色弱 ☐ 色盲 ☐ 单色识别能力正常				
	病 史					
	眼 病	签名：				

报告单粘贴处

耳鼻喉科	听 力	右耳 m 左耳 m	嗅觉	☐ 正常 ☐ 迟钝 ☐ 丧失	签名：
	病 史				医师意见
	耳				
	鼻				
	咽 喉				
	耳气压功能			鼓膜情况	
口腔科	龋齿 牙周炎 咬				医师意见
	缺齿 牙列不齐 其他				签名：
实验室检查	血常规：				签名：
	ALT CR UREA				
	HBsAg HIV 抗体				
	尿常规：				
	尿沉淀镜检：				
	尿毒品 尿 HCG （血清 HCG）				
	粪便常规				

胸部 X 光射线			医师意见 签名：
心 电 图			医师意见 签名：
腹 部 B 超			医师意见 签名：
妇 科 B 超			
妇 科	病 史		医师意见 签名：
	疾 病		
	月经史	初潮 末次月经	
主检医师意见		主检医师签名： 年 月 日	
体检结果及结论		____省（自治区、直辖市）消防员招录工作办公室 年 月 日	
备 注			