**附件1**

**特种设备作业人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申请人填报事项 | 姓 名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 贴相片处 |
| 作业种类 |  | 作业项目 | |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 医疗机构填写事项 | 疾病或  情况 | □心脏病 □癫痫 □精神病  □眩晕 □高血压 □突发性昏厥 | | | | | 医疗机构盖章 |
| 身 高 |  | | 血 压 | |  | |
| 听 力 | 左： | | 辨色力 | |  | |
| 右： | |
| 视 力 | 左： | | 是否矫正 | | □是 □否 | |
| 右： | | 是否矫正 | | □是 □否 | |
| 上 肢 | 左上肢： | | 下 肢 | | 左下肢： | |
| 右上肢： | | 右下肢： | |
| 躯 干 |  | | 颈 部 | |  | |
| 结论： 医生签名：  年 月 日 | | | | | | | |

注：1、请用钢笔或签字笔填写，字迹工整清晰；

　　2、此表格必须由镇级及以上医疗机构盖章。