附件2：

北京市特种作业实操考评员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照 片 |
| 身份证号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 工作单位 |  | 联系电话（手机） |  |
| 外科 | 身高 | cm | 四肢 |  | 医师意见（签字）： |
| 体重 | kg | 关节 |  |
| 内科 | 血压 |  毫米 汞柱 | 内脏 |  | 心率 |  次/分 | 医师意见 （签字）： |
| 神经及精神 |  |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 左： | 矫正视力 | 左： | 辨色 | 辨色力 |  | 医师意见（签字）： |
| 右： | 右： | 其他眼疾 |  |
| 耳 | 听力 | 左： | 鼻 | 嗅觉 |  |
| 右： |
| 耳疾 |  | 鼻及鼻窦疾病 |  |
| 申告事项 | 本人如实申告（具有□，不具有□）下列疾病或者情况：器质性心脏病□ 癫痫□ 眩晕症□ 癔病□ 美尼尔氏症□ 精神病□ 震颤麻痹症□ 痴呆□其它影响肢体活动的神经系统疾病□ 妨碍特种作业考试的身体缺陷□（注：凡有以上疾病者均不得从事特种作业实操考评工作） |
| 体检结论 | 医师意见（签字）： 体检单位（盖章）： 年 月 日 |

（注：体检证明不限于以上格式，但须包含其中规定项目，申告事项由个人进行书面承诺）