附件4：

建筑施工特种作业操作资格证书换证体检表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 年 龄 |  | 贴一寸彩照处 |
| 从事工种 |  | 从事本工种工龄 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史 | 经体检人如实申告和医师检查 体检人 □具有 □不具有下列疾病或情况 | 体检人签字医师签字 |
| □心脏病 □高血压 □精神病 □癫痫病 □眩晕症 □痴呆□突发性昏厥症 □恐高症 □美尼尔氏症 □严重神经官能症 □脑外伤后遗症 □震颤麻痹 □肢体残疾 □功能受限者□影响肢体活动的神经系统等特种设备作业人员操作疾病□吸食、注射毒品、长期服用依赖性精神药品成瘾尚未戒除 |
| 视力 | 左 | 裸视矫正 |  | 听力 | 左 右 |
| 右 | 裸视矫正 |  | 辨色 | 彩色图案及编码： |
| 单色识别： |
| 身 高 | 厘米 | 血 压 | mHg | 心 率 | 次/分 |
| 躯干、颈部 和四肢 |  | 神经系统 |  |
| 心肺透视 | 心电图检查 | 体检结论 |
|   | （记录附后） |   负责医师签字 体检医院(盖章) 年 月 日 |

填表日期： 年 月 日

注：1、填写时使用黑色、蓝色墨水笔，字体工整；

2、标注“□”符号的选择项目，选择后在“□”打“√”；

3、此表由体检人员自带身份证原件，到卫生部门认可的二级乙等以上医院进行体检，体检合格后方可参加特种作业人员换证；

4、此表作为换证申报材料存档。