附件1

北京市建筑施工特种作业人员体检表

 填报日期： 序号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性别 |  | 文化程度 |  | 贴一寸彩照处 |
| 申报工种 |  | 本工种工龄 |  | 身份证号 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史 | 有下列疾病或生理缺陷者不得从事建筑施工特种作业 | 医师签字 |
| 器质性心脏病、高血压、贫血、精神病、眩晕症、恐高症、美尼尔氏症、癫痫、重症神经官能症、脑外伤后遗症、慢性骨髓炎、传染性疾病、突发性晕厥、肢体残疾、功能受限者。 |
| 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 |  |
| 内脏 |  | 神经系统 |  |
| 心肺透视 | 心电图检查 | 体检结论 |
|  | （记录附后） | □合格 □不合格负责医师签字体检单位(盖章)年 月 日 |

注：二级乙等以上医院无体检报告的可使用此体检表，有效期六个月。