**内河船舶船员健康检查表**

姓名：

性别： 任职部门：□ 船长和甲板部高级船员

□ 轮机部高级船员及除服务船员外的其他普通船员

□ 服务船员

出生日期： 身份证号码： 联系电话：

**内河船舶船员健康检查记录**

**检查日期： 年 月 日**

**1.是否有下列情况：有🗸 否🗴**

* 1. 心脏疾病 □
  2. 血管系统疾病 □
  3. 呼吸系统疾病 □
  4. 消化系统疾病 □
  5. 泌尿系统疾病 □
  6. 血液病 □
  7. 甲状腺疾病 □
  8. 糖尿病 □
  9. 神经系统疾病 □
  10. 肌力下降 □
  11. 骨折、关节脱位 □

**内河船舶船员健康检查记录**

检查日期： 年 月 日

**1.是否有下列情况：有 ∨ 没有×**

* 1. 运动/平衡障碍 □
  2. 耳科疾病 □
  3. 鼻科疾病 □
  4. 咽喉疾病 □
  5. 眼科疾病/视力障碍□
  6. 传染性疾病 □
  7. 皮肤病 □

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1.10 | 癫痫 | □ | 1.31 | 妊娠 | □ |
| 1.11 | 严重头痛 | □ | 1.32 | 疝气 | □ |
| 1.12 | 精神系统疾病 | □ | 1.33 | 过敏性疾病 | □ |
| 1.13 | 夜游症 | □ | 1.34 | 免疫性疾病 | □ |
| 1.14 | 抑郁症 | □ | 1.35 | 手术史 | □ |
| 1.15 | 神经官能症 | □ | 1.36 | 眩晕/晕厥史 | □ |
| 1.16 | 酒精依赖 | □ | 1.37 | 昏迷史 | □ |
| 1.17 | 药物依赖 | □ | 1.38 | 吸烟史 | □ |
| 1.18 | 肿瘤 | □ | 1.39 | 睡眠障碍 | □ |
| 1.19 | 骨关节炎 | □ | 1.40 | 记忆障碍 | □ |
| 1.20 | 骨质疏松 | □ | 1.41 | 自杀倾向 | □ |
| 1.21 | 椎管狭窄 | □ | 1.42 | 其他疾病史 | □ |

**（以上内容由船员本人在体检前填写完成)**

**2. 本人声明：以上填写内容真实有效；如有不符，责任自负。 船员签名： 3．上述情况如有存在,请详细问诊记录。**

医生签名：

* 填表请用蓝或黑色钢笔，字迹清楚。
* 过去病史请写明日期、病名、诊断医院。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 以下均由检查医生填写，涂改无效。 | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名： | | | 性别： | | | | 年龄： | | | 任职职务： | | | | 贴近期正面直边5厘米免冠白底彩照，船员健康体检机构盖骑缝章 |
| 五官系统 | | | | | | | | | | | | | |
| 裸眼远视力： 左 右 | | | | 裸眼近视力：左 右 | | | | | | | 色觉: | | |
| 矫正远视力： 左 右 | | | | 矫正近视力：左 右 | | | | | | | 暗适应: | | |
| 视 野： 左 右 | | | | 听 力：左 右 | | | | | | | 有无复视： | | |
| 语言： | | | | 其他： | | | | | | | | | |
| 检查意见：有无船员职业限制：有□ 无□；如有，请具体描述。  检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 cm | 体 重 kg | | | | | 甲状腺 | | | 皮肤 | | | 脊柱 | | 四肢 |
| 泌尿生殖器 | | | | | | 浅表淋巴结 | | | | | | 其他 | | |
| 检查意见：有无船员职业限制：有□ 无□；如有，请具体描述。  检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | | | | | | | | | | | | | | |
| 血压 / mmHg | | 心律 | | | 脾脏 | | | | 呼吸音 | | | | 神经反射 | 肌力 |
| 心率 次/分钟 | | 感觉 | | | 肝脏 | | | | 肾脏 | | | | 肠鸣音 | 平衡协调 |
| 呼吸频率 次/分钟 | | | | | 其他 | | | | | | | | | |
| 检查意见：有无船员职业限制：有□ 无□；如有，请具体描述。  检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 心电图： 检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 超声波检查（如适用）: 检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部X线检查： 检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 血常规化验检查： | | | | | | | | 尿常规化验检查： | | | | | | |
| 附加检查：有无船员职业限制：有□ 无□；如有，请具体描述。  检查医师签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| 结论：  主检医师签名/日期： (船员健康体检机构盖章) | | | | | | | | | | | | | | |

**体检须知：**

* + 1. 体检者应**携带有效的身份证件**。
    2. **体检前两天禁止饮酒，体检前一天晚 8 点后禁止饮食。**
    3. 内河船舶船员健康检查必须按照本表所列项目进行，不得减项。主检医师填写检查结果要规范， 结论栏要如实写明“合格”、“不合格”；如有船员职业限制，请列明；如不合格，简要说明原因。
    4. **血常规、尿常规、胸部 X 线检查、心电图为基本检查项目；**服务船员还应进行**大便细菌培养检查**；体检医师根据实际健康检查情况可增加特殊检查。
    5. 腹部、妇科、泌尿系统超声波检查和心脏彩超检查仅限于有症状或病史者。 腹部超声波检查项目包括肝、胆、胰、脾，双肾；妇科超声波检查项目包括子宫、双侧附件；泌尿系统超声波检查项目包括膀胱、输尿管、前列腺（仅限男性海员）。
    6. 船员声明有职业限制病史的或体检中发现有船员职业限制症状的需进行相应项目检查。
    7. 健康检查表应附血常规、尿常规、胸部 X 光检查、心电图、超声波（如适用）**检查报告，服务船员还应附大便细菌培养检验报告；**“主检医师签名” 栏内必须经相应的医师签名，船员健康体检机构必须盖公章，否则无效。
    8. 船员健康体检机构、船员服务机构、船员用人单位、海事管理机构应对船员医学隐私予以保护。
    9. 船员应向健康体检机构提供真实的医学信息。