**特种设备人员考试体检表（叉车）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性别 |  | |
| 身份证号 |  | | | | |
| 眼睛 | 视力 | 左: | 矫正视力 | 左: | 检查结果: |
| 右: | 右: |
| 色觉 |  | | | 医师盖章: |
| 其他眼病 |  | | |
| 外科 | 四肢健全 | 是□  否□ | | | 检查结果: |
| 无运动障碍 | 是□  否□ | | | 医师盖章: |
| 检查医院  (盖章)  年 月 日 | | | | | |