

附件 3

一般家政服务员体检表（试行）

姓名				性别		照片
身份证号				年龄		
工作单位				联系电话		
病史 受检者应 如实填写 故意隐瞒 后果自负	名称	有	无	治愈时间	受检者签名：	
	癫痫病史					
	精神病史					
	精神活性物质 滥用和依赖					
	其他					
内科	血压				医师签名：	
	心脏					
	双肺					
	肝脏					
外科	皮肤				医师签名：	
心电图					医师签名：	
胸部 X 线					医师签名：	

实验室 检查	粪便培养（志贺氏菌）		检查者签名：
	粪便培养（伤寒、副伤寒沙门氏菌）		检查者签名：
	粪便常规（阿米巴原虫）		检查者签名：
	甲肝检测（抗-HAV IgM）		检查者签名：
	戊肝检测（抗-HEV IgM）		检查者签名：
其他检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他实验室 检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他严重 疾病			医师签名：
			医师签名：
体检结论	<p style="text-align: center;">主检医师：</p> <p style="text-align: center;">体检医院公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：1. 为进一步排除家政服务员体检基本标准中明确的不合格疾病，医疗机构可根据实际情况适当增加检查项目，并填入其他检查、其他实验室检查栏内。

2. 如医师发现未纳入体检标准，但影响正常履行职责的其他严重疾病，应填入其他严重疾病栏内。

附件 4

居家家政服务员体检表（试行）

姓名		性别		照片	
身份证号		年龄			
工作单位		联系电话			
病史 受检者应 如实填写 故意隐瞒 后果自负	名称	有	无	治愈时间	受检者签名：
	癫痫病史				
	精神病史				
	精神活性物质 滥用和依赖				
	其他				
内科	血压				医师签名：
	心脏				
	双肺				
	肝脏				
外科	皮肤				医师签名：
妇科	分泌物				医师签名：
眼科	外眼				医师签名：
心电图					医师签名：
胸部 X 线					医师签名：

实验室 检查	阴道分泌物检查（淋病奈瑟菌）		检查者签名：
	粪便培养（志贺氏菌）		检查者签名：
	粪便培养（伤寒、副伤寒沙门氏菌）		检查者签名：
	粪便常规（阿米巴原虫）		检查者签名：
	甲肝检测（抗-HAV IgM）		检查者签名：
	戊肝检测（抗-HEV IgM）		检查者签名：
	梅毒抗体检测（TPAB）		检查者签名：
其他检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他实验室检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他严重疾病			医师签名：
			医师签名：
体检结论	<p style="text-align: center;">主检医师：</p> <p style="text-align: center;">体检医院公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：1. 为进一步排除家政服务员体检基本标准中明确的不合格疾病，医疗机构可根据实际情况适当增加检查项目，并填入其他检查、其他实验室检查栏内。

2. 如医师发现未纳入体检标准，但影响正常履行职责的其他严重疾病，应填入其他严重疾病栏内。

附件 5

养老照护服务员体检表（试行）

姓名			性别		照片
身份证号			年龄		
工作单位			联系电话		
病史 受检者应 如实填写 故意隐瞒 后果自负	名称	有	无	治愈时间	受检者签名：
	癫痫病史				
	精神病史				
	精神活性物质 滥用和依赖				
	其他				
内科	血压		心脏		医师签名：
	双肺		肝脏		
外科	皮肤				医师签名：
	头颈		脊柱		
	四肢		关节		
妇科	分泌物				医师签名：
眼科	外眼		色觉		医师签名：
耳鼻喉科	听力	左：	右：		医师签名：
	嗅觉				
心电图					医师签名：
胸部 X 线					医师签名：

实验室 检查	阴道分泌物检查（淋病奈瑟菌）		检查者签名：
	粪便培养（志贺氏菌）		检查者签名：
	粪便培养（伤寒、副伤寒沙门氏菌）		检查者签名：
	粪便常规（阿米巴原虫）		检查者签名：
	甲肝检测（抗-HAV IgM）		检查者签名：
	戊肝检测（抗-HEV IgM）		检查者签名：
	梅毒抗体检测（TPAB）		检查者签名：
其他检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他实验室检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他严重疾病			医师签名：
			医师签名：
体检结论	<p style="text-align: center;">主检医师：</p> <p style="text-align: center;">体检医院公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：1. 为进一步排除家政服务员体检基本标准中明确的不合格疾病，医疗机构可根据实际情况适当增加检查项目，并填入其他检查、其他实验室检查栏内。

2. 如医师发现未纳入体检标准，但影响正常履行职责的其他严重疾病，应填入其他严重疾病栏内。

附件 6

母婴照护服务员体检表（试行）

姓名			性别		照片
身份证号			年龄		
工作单位			联系电话		
病史 受检者应 如实填写 故意隐瞒 后果自负	名称	有	无	治愈时间	受检者签名：
	癫痫病史				
	精神病史				
	精神活性物质 滥用和依赖				
	其他				
内科	血压		心脏		医师签名：
	双肺		肝脏		
外科	皮肤				医师签名：
	头颈		脊柱		
	四肢		关节		
妇科	分泌物				医师签名：
眼科	外眼		色觉		医师签名：
耳鼻喉科	听力	左：	右：		医师签名：
	嗅觉				
心电图					医师签名：
胸部 X 线					医师签名：

实验室 检查	阴道分泌物检查（淋病奈瑟菌）		检查者签名：
	阴道分泌物检查（毛滴虫）		检查者签名：
	阴道分泌物检查（念珠菌）		检查者签名：
	粪便培养（志贺氏菌）		检查者签名：
	粪便培养（伤寒、副伤寒沙门氏菌）		检查者签名：
	粪便常规（阿米巴原虫）		检查者签名：
	甲肝检测（抗-HAV IgM）		检查者签名：
	戊肝检测（抗-HEV IgM）		检查者签名：
	梅毒抗体检测（TPAB）		检查者签名：
其他检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他实验室检查			检查者签名：
			检查者签名：
其他严重疾病			医师签名：
			医师签名：
体检结论	<p style="text-align: center;">主检医师：</p> <p style="text-align: center;">体检医院公章</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>		

注：1. 为进一步排除家政服务员体检基本标准中明确的不合格疾病，医疗机构可根据实际情况适当增加检查项目，并填入其他检查、其他实验室检查栏内。

2. 如医师发现未纳入体检标准，但影响正常履行职责的其他严重疾病，应填入其他严重疾病栏内。