

ЖУРНАЛ

регистрации предрейсовых, предсменных медицинских осмотров

(полное наименование организации)

Начат « ____ » _____ 20 ____ г.

Окончен « ____ » _____ 20 ____ г.

№ п/п	Дата проведения медицинского осмотра	Время проведения медицинского осмотра	Фамилия, имя, отчество (при наличии) осматриваемого	Пол осматриваемого	Дата рождения осматриваемого	Результаты		
						Жалобы, визуальный осмотр, выявление наличия признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и (или) остаточных явлений такого опьянения (не осуществляется в случае проведения медицинского осмотра с использованием медицинских изделий, за исключением визуального осмотра видимых кожных покровов осматриваемого)	Общая термометрия	Артериальное давление на периферических артериях
1	2	3	4	5	6	7	8	9

исследований		Заключение о результатах медицинского осмотра: признаки воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения (с указанием этих признаков и (или) остаточных явлений при их наличии)			Подпись медицинского работника, с указанием фамилии, имени и отчества (при наличии) медицинского работника	Подпись осматриваемого, проходящего медицинский осмотр
Пuls	Выявление признаков опьянения		Наличие	Отсутствие		
	Количество алкоголя в выдыхаемом воздухе	Наличие психоактивных веществ				
10	11	12	13	14	15	16

№ п/п	Дата проведения медицинского осмотра	Время проведения медицинского осмотра	Фамилия, имя, отчество (при наличии) осматриваемого	Пол осматри- ваемого	Дата рождения осматривае- мого	Результаты		
						Жалобы, визуальный осмотр, выявление наличия признаков алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и (или) остаточных явлений такого опьянения (не осуществляется в случае проведения медицинского осмотра с использованием медицинских изделий, за исключением визуального осмотра видимых кожных покровов осматриваемого)	Общая термометрия	Артериальное давление на перифе- рических артериях
1	2	3	4	5	6	7	8	9

исследований		Заключение о результатах медицинского осмотра: признаки воздействия вредных и (или) опасных производственных факторов, состояний и заболеваний, препятствующих выполнению трудовых обязанностей, в том числе алкогольного, наркотического или иного токсического опьянения и остаточных явлений такого опьянения (с указанием этих признаков и (или) остаточных явлений при их наличии)			Подпись медицинского работника, с указанием фамилии, имени и отчества (при наличии) медицинского работника	Подпись осматриваемого, проходящего медицинский осмотр
Пuls	Выявление признаков опьянения		Наличие	Отсутствие		
	Количество алкоголя в выдыхаемом воздухе	Наличие психоактивных веществ			Наличие	Отсутствие
10	11	12	13	14	15	16

В настоящем журнале прошнуровано, пронумеровано
и опечатано 64 (шестьдесят четыре) страницы.

Руководитель (должность)

Ф.И.О.: _____

Подпись _____

«__» _____ 20 __ г.

М.П.

www.genlayn.ru