

体检编号: _____

渠县事业单位 录（聘）用工作人员体检表

体检须知：

为了准确地反映您身体的真实状况，请注意以下事项：

- 1、均应到指定医院统一进行体检，其他医疗单位的检查结果一律无效。
- 2、严禁弄虚作假、冒名顶替，如隐瞒病史影响检查结果的，后果自负。
- 3、体检表上贴近期二寸免冠照片一张，并加盖公章。
- 4、本表第二页由受检者本人填写详实病史项目（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。
- 5、体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。
- 6、体检当天要进行采血、B 超等检查，请在受检前禁食 8-12 小时。
- 7、怀孕或可能怀孕者，事先告知医护人员，勿做 X 光检查。
- 8、请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对你的录用。
- 9、体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。
- 10、如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

| 检验项目 | | | | | |
|---------|----------------|----|-----------------|----|-------|
| 血常规 | 项目 | 结果 | 项目 | 结果 | 医师意见： |
| | 白细胞总数（WBC）及分类 | | 血红蛋白（HGB） | | |
| | 红细胞总数（RBC） | | 血小板计数（PLT） | | |
| 血生化 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | | 尿素氮（BUN） | | 签名： |
| | 天冬氨酸基转移酶（AST） | | 肌酐（CR） | | |
| | 葡萄糖（GLU） | | | | |
| 免疫 | 艾滋病病毒抗体（抗 HIV） | | 梅毒血清特异性抗体（TPHA） | | |
| 尿常规 | 糖（GLU） | | 蛋白质（PRO） | | |
| | 胆红素（TBIL） | | 尿胆原（URO） | | |
| | 比重（SG） | | 红细胞（BLO） | | |
| | 酸碱度（PH） | | 白细胞（LEU） | | |
| | 镜检 | | 化验员签名 | | |
| 其他 | | | | | |
| 体检结论及建议 | | | | | |
| 主检医师签字 | | | 体检医院总签章处 | | |
| 备 注 | | | | | |

| | | | | | | | | |
|--|---|----------------|------|-------|---|----|------|--|
| 姓 名 | | 性别 | | 出生年月 | | 照片 | | |
| 民 族 | | 婚姻状况 | | 籍 贯 | | | | |
| 文化程度 | | 联系电话 | | | | | | |
| 报考职位 | | 工作单位 (毕业院校) | | | | | | |
| 职位代码 | | 身份证号 | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 请本人如实填写下列项目 (在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负) | | | | | | | | |
| 病 名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病 名 | 有 | 无 | 治愈时间 | |
| 高血压病 | | | | 肺气肿 | | | | |
| 冠心病 | | | | 消化性溃疡 | | | | |
| 风心病 | | | | 肝硬化 | | | | |
| 先心病 | | | | 胰腺疾病 | | | | |
| 心肌病 | | | | 急慢性肾炎 | | | | |
| 支气管扩张 | | | | 肾功能不全 | | | | |
| 支气管哮喘 | | | | 结缔组织病 | | | | |
| 糖尿病 | | | | 急慢性肝炎 | | | | |
| 甲亢 | | | | 结核病 | | | | |
| 贫血 | | | | 性传播疾病 | | | | |
| 癫痫 | | | | 恶性肿瘤 | | | | |
| 精神病 | | | | 手术史 | | | | |
| 神经官能症 | | | | 严重外伤史 | | | | |
| 吸毒史 | | | | 其它 | | | | |
| 备注（起病时间，目前功能如何）： | | | | | | | | |
| 受检者签字：年 月 日 | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|----|----------|------|----|----|-------|-------|------|-------|------|-------|-------|--|
| 内科 | 血压： | | / | | mmHg | | 脉搏： | | 次/分钟 | | 医师意见： | |
| | 心界杂音 | | | | | | 心率 | | 次/分钟 | | | |
| | 心脏 | | | | | | 腹部 | | | | | |
| | 肺 | | | | | | 神经系统 | | | | | |
| | 肝 | | | | | | 其它 | | | | | |
| | 脾 | | | | | | 医师签名 | | | | 签名： | |
| | 心电图 | | | | | | 医师意见 | | | | 医师签名： | |
| | 胸部 X 光片 | | | | | | 医师意见 | | | | 医师签名： | |
| | 腹部 B 超检查 | | | | | | 医师意见 | | | | 医师签名： | |
| 外科 | 身高 | | 厘米 | | | | 体重 | | 公斤 | | 医师意见： | |
| | 甲状腺 | | | | | | 乳腺 | | | | | |
| | 浅表淋巴结 | | | | | | 皮肤 | | | | | |
| | 脊柱四肢关节 | | | | | | 头颅 | | | | | |
| | 肛门生殖器 | | | | | | 其他 | | | | | |
| | 眼科 | 裸眼视力 | 右 | | | 矫正视力 | 右 | | | 医师意见： | | |
| | | | 左 | | | | 左 | | | | | |
| | | 色觉 | | | | | | | 签名： | | | |
| | | 其他 | | | | | | | | | | |
| | | 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 | | | 耳部 | 医师意见： | | | | |
| | 右耳 | | | | | | | | | | | |
| | 鼻部 | | | | 咽部 | | | | | | | |
| | 喉部 | | | | | | 签名： | | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | | | | |
| | 口腔科 | 唇腭舌 | | | 颞下颌关节 | 医师意见： | | | | | | |
| | | 腮腺 | | | | | | | | | | |
| | | 口腔粘膜 | | | 其他 | | | | | 签名： | | |