

体检编号：

绥化市事业单位人才招聘

体 检 表

年 月 日

检验项目

| | | |
|-----|-----------------|-----------------|
| 血常规 | 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) |
| | 天门冬氨酸氨基转移酶(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 | |
| 其他 | | |

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况,请注意以下事项:

1. 均应到指定医院进行体检, 其它医疗单位的检查结果一律无效。
2. 体检严禁弄虚作假、冒名顶替; 如隐瞒病史影响体检结果的, 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(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. 体检当天需进行采血、B超等检查, 请在受检前禁食 8—12 小时。
7. 女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查, 待经期完毕后再补检; 怀孕或可能已受孕者, 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, 将会影响对您的录用。
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。

| | | | | |
|------|---|----------|----------|------|
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 右耳 | 耳部 | |
| | 鼻部 | | 咽部 | |
| | 喉部 | | 嗅觉 | |
| | 其他 | | | |
| | 建议 | | | 医师签字 |
| 口腔科 | 唇腭舌 | | 颞下颌关节 | |
| | 腮腺 | | 口腔粘膜 | |
| | 其他 | | | |
| | 建议 | | | 医师签字 |
| 妇科 | 病史 / 月经史: 初潮: 岁 经期 / 周期 / 量(多、中、少) 末次月经: 其他: | | | |
| | 检查项目: 1. 已婚女性作外阴部检查、阴道窥器检查及阴道——腹部双合诊检查。 2. 未婚女性作外阴部检查、直肠——腹部双合诊检查。 | | | |
| | 已婚女性(内诊) | | 未婚女性(肛诊) | |
| | 外阴 | | 外阴 | |
| | 阴道 | | / | |
| | 宫颈 | | / | |
| | 宫体 | | 宫体 | |
| | 附件 | | 附件 | |
| | 建议 | | | 医师签字 |

| | | | | | | | |
|---|---|----------------|------|-------|---|--------|------|
| 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 | | | | | |
| 职业 | | 工作单位 (毕业院校) | | | | | |
| 报考职位 | | 身份证号 | | | | | |
| <p>请本人如实详细填写下列项目 (在每一项的空格中打“√”回答“有”或“无”,如故意隐瞒,后果自负)</p> | | | | | | | |
| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 | | | | 糖尿病 | | | |
| 冠心病 | | | | 甲亢 | | | |
| 风心病 | | | | 贫血 | | | |
| 先心病 | | | | 癫痫 | | | |
| 心肌病 | | | | 精神病 | | | |
| 支气管扩张 | | | | 神经官能症 | | | |
| 支气管哮喘 | | | | 吸毒史 | | | |
| 肺气肿 | | | | 急慢性肝炎 | | | |
| 消化性溃疡 | | | | 结核病 | | | |
| 肝硬化 | | | | 性传播疾病 | | | |
| 胰腺疾病 | | | | 恶性肿瘤 | | | |
| 急慢性肾炎 | | | | 手术史 | | | |
| 肾功能不全 | | | | 严重外伤史 | | | |
| 结缔组织病 | | | | 其他 | | | |
| 备注 | | | | | | | |

| | | | | | |
|---------------------------------|------------------------|--------|------------|--------|--------|
| 受检者签字: | | 体检日期: | | 年 月 日 | |
| 身高 | 厘米 | 体重 | 公斤 | 血压 | / mmHg |
| 内科 | 病史:曾患过何种疾病(起病时间及目前症状)。 | | | | |
| | 心脏 | 心界杂音 | 心率 次/分 律 | | |
| | 肺 | | 腹部 | | |
| | 肝 | | 神经系统 | | |
| | 脾 | | 其他 | | |
| 建议 | | | | 医师签字 | |
| 病史:曾做过何种手术或有无外伤史(名称及时间),目前功能如何。 | | | | | |
| 外科 | 皮肤 | | 浅表淋巴结 | | |
| | 头颅 | | 甲状腺 | | |
| | 乳腺 | | 脊柱 四肢关节 | | |
| | 肛门 外生殖器 | | 其他 | | |
| | 建议 | | | | 医师签字 |
| 眼科 | 裸眼 视力 | 右 左 | 矫正 视力 | 右 左 | 医师签字 |
| | 色觉 | | | | |
| | 其他 | | | | |
| | 建议 | | | | 医师签字 |

| | |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| 腹部 B 超 检 查 | <p>建议： 医师签字：</p> |
| 体 检 结 论 及 建 议 | <p>体检医院签单处</p> <p>主检医师签字： 年 月 日</p> |

| | |
|-----------------------|------------------|
| 心 电 图 | <p>建议： 医师签字：</p> |
| 胸 部 X 光 片 | <p>建议： 医师签字：</p> |