|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 眼科 | 色觉裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 医师签字 |  |
| 左 | 左 |
|  |  |
| 其他 | 医师签字 |
| 建议 | 右耳 |  |  |
| 耳鼻喉科 | 左耳听力 |  | 耳部 |  |
|  |
| 鼻部 |  | 咽部 |  |
| 其他喉部 |  | 嗅觉 |  |
| 建议 | 医师签字 |
|  | 颞下颌关节 |  |  |
| 口腔科 | 唇腭舌腮腺 |  | 口腔黏膜 |  |
| 其他 |  |  |  |
| 建议 | 医师签字 |
|  |  |  |  |
| 心电图 | 建议： 医师签字： |
| 胸部X光 | 建议： 医师签字： |
| 腹部B超 | 建议： 医师签字： |
| 体检结论及建议 | 结论及建议： 体检医院签章处主检医师签字： 年 月 日 |

序号：

**事 业 单 位 聘 用**

**体 检 表**

**人力资源社会保障部**

**制**

**卫 生 部**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 2寸照片（近期免冠） |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  | 籍 贯 |  |
| 文化程度 |  | 联系电话 |  |
| 职 业 |  | 工作单位 |  |
| 报考职位 |  | 身份证号 |  |
| 请本人如实填写如下项目（在每一项后空格中打“√”以回答“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 |  |  |  | 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 | 血型 |  | 血压 | **/** |
| 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： |
| 内科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 |
| 心脏 | 心界 | 心率 次/分 律 |
| 杂音 |
| 肺 |  | 腹 部 |  |
| 肝 |  | 神经系统 |  |
| 脾 |  | 其 他 |  |
| 建议 |  |  | 医师签字 |  |
| 外科 | 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。 |
| 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 |  |