

附件 2

体检表

| | | | | | | | | | | |
|---------------|------|-----|------|--|-----|------|--|----|--|----|
| 姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 婚否 | | 民族 | | 相片 |
| 单位 | | | | | | 联系电话 | | | | |
| 既往病史 (本人如实填写) | | | | 1. 肝炎 2. 结核 3. 皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6. 其他 受检者签字: _____ | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 辨色力 | | | | | 签名 |
| | | 左 | | 左 | | | | | | |
| | 听 力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | | | | | |
| | 鼻 | 嗅 觉 | | 鼻及鼻窦 | | | | | | |
| | 面 部 | | | | 咽 喉 | | | | | |
| | 口腔唇腭 | | | | 齿 | | | | | |
| 其 他 | | | | | | | | | | 签名 |
| 外科 | 身 高 | 公分 | | | 体 重 | 公斤 | | | | 签名 |
| | 淋 巴 | | | | 脊 柱 | | | | | |
| | 四 肢 | | | | 关 节 | | | | | |
| | 皮 肤 | | | | 颈 部 | | | | | |
| | 其 他 | | | | | | | | | |
| 心电图 | | | | | | | | | | 签名 |
| 胸部透视 | | | | | | | | | | 签名 |

| | | | |
|-----------------|-------|-----------------|----|
| 肝、胆、脾、胰、肾 B超 | | | 签名 |
| 内 科 | 发育情况 | | 签名 |
| | 血 压 | mmHg | |
| | 心脏及血管 | | |
| | 呼吸系统 | | |
| | 神经及精神 | | |
| | 腹部器官 | | |
| | 其 他 | | |
| 化验检查(附化验单) | | 肝功能 | 其他 |
| | | | |
| 体检结论 | | 主检医师签字: | |
| 体检医院意见 | | 体检医院盖章 年 月 日 | |
| 备 注 | | | |