

青年就业见习健康体检表

| | | | | | | | | | |
|------|--------|------|----|-----|-----|------|--|----------------------------------|--|
| 姓名 | | 性别 | | 年龄 | | 出生日期 | | | |
| 身份证号 | | | | | | 民族 | | | |
| 工作单位 | | | | | | | | | |
| 毕业学校 | | | | | | | | | |
| 所学专业 | | | | | | 学历层次 | | | |
| 家庭住址 | | | | | | 联系电话 | | | |
| 既往病史 | | | | | | | | | |
| 家庭史 | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 左 | | 右 | | 医师意见： 签名： | | |
| | | 矫正视力 | 左 | | 右 | | | | |
| | | 眼疾 | | | | | | | |
| | | 色觉 | | | | | | | |
| | 耳鼻喉 | 听力 | 左 | | 右 | | | | |
| | | 耳疾 | | | | | | | |
| | | 鼻及鼻窦 | | | | | | | |
| | | 嗅觉 | | | | | | | |
| | 口腔 | 咽喉 | | | | | | | |
| | | 粘膜 | | | 舌 | | | | |
| 牙及牙龈 | | | | | | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 | / | mmHg | 医师意见： 签名： | |
| | 发育及营养 | | | | | | | | |
| | 神经及精神 | | | | | | | | |
| | 肺 | | | | | | | | |
| | 心脏 | | | | | | | | |
| | 肝.脾.双肾 | | | | | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | 厘米 | | | 体重 | 千克 | | 医师意见： 签名： | |
| | 皮肤 | | | | 淋巴结 | | | | |
| | 头、颈 | | | | 甲状腺 | | | | |
| | 脊柱 | | | | 四肢 | | | | |
| | 其他 | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|------|--|------------------|
| 辅助检查结果 | 胸片 | | 医师意见： 签名： |
| | 心电图 | | 医师意见： 签名： |
| | 检验 | | 医师意见： 签名： |
| | B超 | | 医师意见： 签名： |
| | 妇科 | | 医师意见： 签名： |
| | 其他 | | 医师意见： 签名： |
| | 体检结果 | 结果： 建议： 医师签名： <div style="text-align: right;"> 体检医院盖章 日期： 年 月 日 </div> | |