1、心电图：

医师签名：

2、B超：

医师签名：

3、胸部X光片：

医师签名：

4、其他：

医师签名：

体检结论：

负责医师签名：

体检医院意见：

体检医院盖章

年 月 日

**武胜县2020年引进县外教师体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生  年月 |  | | 婚否 |  | （相片）  近期2寸免冠彩照 |
| 文化  程度 |  | 民族 |  | 联系电话 | |  | | |
| 籍 贯 |  | 现 住 址 | |  | | | | |
| 过去病史：  1.你是否患过下列疾病：患过 ∨ 没有患过×  1.1肝炎、肺结核、其他传染病 □ 1.2精神神经疾病 □  1.3心脏血管疾病 □ 1.4消化系统疾病 □  1.5肾炎、其他泌尿系统疾病 □ 1.6贫血及血液系统疾病 □  1.7糖尿病及内分泌疾病 □ 1.8恶性肿瘤 □  1.9其他慢性病 □  2.请详细写出所患疾病的病名及目前情况  3.你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷？  我特此申明保证：以上我所填写的内容正确无误。  签名 ：  年 月 日 | | | | | | | | | |

1.以上内容由受检者如实填写。

2.填表请用蓝或黑色钢笔，字迹清楚。

3.过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

**查体部分：**

**一、内科**

血压： mmHg 心率： 次/分

营养状况：

心脏及血管：

呼吸系统：

腹部器官：

神经及精神：

其它：

医师签名：

**二、外科**

身高： 公分 体重： 公斤

浅表淋巴：

脊柱：

四肢：

关节：

平趾足：

皮肤：

颈部：

外生殖器：

其他：

医师签名：

**三、五官科：**

**1、眼：**

裸眼视力：右 左

矫正视力：右矫正度数 左矫正度数

色觉检查：彩色图案及编码 单颜色识别：红、绿、紫、蓝、黄

**2、耳：**

听力： 右 米 左 米

耳疾：

**3、鼻：**

嗅觉：

鼻及鼻窦疾病：

**4、其他**

外貌异常 口吃

**医师签名：**

**化验检查**

血常规小便常规：

血糖： 总胆红素：

肝功： ALT AST

总蛋白： 白蛋白：

两对半：

肾功： 尿素氮肌肝：