体检表

报考岗位 ：孟津县乡镇卫生院 体检号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | **性别** | | |  | | | **出生年月** | | |  | | | 近期免冠一寸照片 | |
| **民 族** |  | **婚姻状况** | | | |  | **联系电话** | | | |  | | | |
| **文化程度** |  | **毕业院校及专业** | | | |  | | | | | | | | |
| **籍贯** |  | | | | | **身份证号** | | | |  | | | | |
| 既往病史（本人如实填写） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | 签名： |
| 鼻 | 嗅 觉 | |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | |  | | |
| 面 部 |  | | | | | | | | 咽 喉 | | |  | | |
| 口腔 唇腭 |  | | | | | | | | 齿 | | |  | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 身高 | 公分 | | | | | | 体重 | | | | | 公斤 | | |
| 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： |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状） | | | | 签名 |
| 发育情况 |  | | |
| 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 | | 肝功能 | 肾功能 | 血常规 | 签名 |
| 空腹血糖 | HIV | 梅毒血清特异性抗体 |
| 体检结论 | | 主检医师签字： 年 月 日 | | | |
| 体检医院意见 | | 体检医院公章： 年 月 日 | | | |
| 备 注 | |  | | | |
| **说明：1、体检前必须贴有本人免冠1寸彩色近照；**  **2、体检表中个人基本资料如实填写齐全；**  **3、体检当日早晨须空腹（禁食、禁水）；**  **4、本表须A4规格纸张正反两面打印一份（所有涉及本人基本情况电脑填写打印，手写无效）。** | | | | | |