

体检编号：

绥化市事业单位招聘

体 检 表

年 月 日

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)
	天门冬氨酸氨基转移酶(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		

耳鼻喉科	听力	左耳 右耳	耳部		
	鼻部		咽部		
	喉部		嗅觉		
	其他				
	建议			医师签字	
口腔科	唇腭舌		颞下颌关节		
	腮腺		口腔粘膜		
	其他				
	建议			医师签字	
妇 科	病史 / 月经史： 初潮： 岁 经期 / 周期 / 量(多、中、少) 末次月经： 其他：				
	检查项目：1.已婚女性作外阴部检查、阴道窥器检查及阴道——腹部双合诊检查。 2.未婚女性作外阴部检查、直肠——腹部双合诊检查。				
	已婚女性(内诊)		未婚女性(肛诊)		
	外阴		外阴		
	阴道		/		
	宫颈		/		
	宫体		宫体		
	附件		附件		
	建议			医师签字	

体 检 须 知

为了准确反映受检者身体的真实状况,请注意以下事项:

1. 均应到指定医院进行体检, 其它医疗单位的检查结果一律无效。
- 2.体检严禁弄虚作假、冒名顶替;如隐瞒病史影响体检结果的,后果自负。
- 3.体检表上贴近期二寸免冠照片一张,并加盖公章。
- 4.本表第二页由受检者本人填写(用黑色签字笔或钢笔),要求字迹清楚,无涂改,病史部分要如实、逐项填齐,不能遗漏。
- 5.体检前一天请注意休息,勿熬夜,不要饮酒,避免剧烈运动。
- 6.体检当天需进行采血、B 超等检查,请在受检前禁食 8—12 小时。
- 7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查,待经期完毕后再补检;怀孕或可能已受孕者,事先告知医护人员,勿做 X 光检查。
- 8.请配合医生认真检查所有项目,勿漏检。若自动放弃某一检查项目,将会影响对您的录用。
- 9.体检医师可根据实际需要,增加必要的相应检查、检验项目。
- 10.如对体检结果有疑义,请按有关规定办理。

姓 名		性 别		出生年月		照 片	
民 族		婚姻状况		籍 贯			
文化程度		联系电话					
职 业		工作单位 (毕业院校)					
报考职位		身份证号					
请本人如实详细填写下列项目 (在每一项的空格中打“√”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
高血压病				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		血压	/ mmHg
内 科	病史:曾患过何种疾病(起病时间及目前症状)。								
	心脏	心界杂音				心率 次/分 律			
	肺					腹部			
	肝					神经系统			
	脾					其他			
	建议					医师签字			
	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。								
外 科	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			
眼 科	裸眼 视力	右	矫正 视力		右	医师签字			
		左			左				
	色觉								
	其他								
建议					医师签字				

腹部B超检查	<div></div> <div>建议：医师签字：</div>
体检结论及建议	<div></div>
	<div>体检医院签单处</div> <div>主检医师签字：年 月 日</div>

心电图	<div></div> <div>建议：医师签字：</div>
胸部X光片	<div></div> <div>建议：医师签字：</div>