|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（在每一项后的空格中打“√”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 |  |
| 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。 |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 心电图 | 建议： 医师签字： |
| 胸部X光片 | 建议： 医师签字： |
| 腹部B超检查 | 建议： 医师签字： |
| 体检结论及建议 |  |
|  体检医院签章处主检医师签字： 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 |  |

**体检编号：**

“三支一扶”体检表

人力资源社会保障部

卫生部

制

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、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，不能遣漏。

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、如对体检结果有异议，请按有关规定办理。