|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。