|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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）** |
| **其他** |  |  |
| **建议： 医师签名：** |
|  | **体****检****结****论****及****建****议** |  |
|  | **体检医院签章处****主检医师签字： 年 月 日** |
|  |  |
| **备注：此表须A3纸正反面打印,并存入个人档案。** |

体检编号： 。

 体

 检

 表

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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**  |
| **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。** |
| **甲状腺** |  | **乳腺** |  |
| **浅表**、**淋巴结** |  | **皮肤** |  |
| **脊柱**、**四肢关节** |  | **头颅** |  |
| **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** | **嗅觉** |  |
| **外耳** |  | **鼻** |  |
| **鼻咽** |  | **口咽** |  |
| **喉咽** |  | **其他** |  |
| **建议** | **医师签字** |  |
| **口****腔****科** | **唇腭** |  | **舌** |  |
| **龋齿** |  | **口吃** |  |
| **口腔****粘膜** |  | **其他** |  |
| **建议** | **医师签字** |  |
| **心电图** | **建议： 医师签字：** |
| **胸部X****透视** | **建议： 医师签字：** |
| **腹部B超（肝胆脾双肾胰腺）** | **建议： 医师签字：** |

**2022年菏泽市牡丹区中医医院**

**公开引进高层次急需紧缺专业技术人才体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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** |