

附件 2

体检编号：

体 检 表

姓名：_____

体检须知

为了准确地反映您身体的真实状况，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		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。					
	甲状腺			乳腺		
	浅表淋巴结			皮肤		
	脊柱四肢关节			头颅		
	肛门生殖器			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			
	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			
	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
透

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

主检医师签字:

体检医院签章处

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		