

报考单位：

现住址：

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		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

医师签字

血压复测结果

内科 \_\_\_\_\_  
间 \_\_\_\_\_

① 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时

外科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

眼科 \_\_\_\_\_  
间 \_\_\_\_\_

② 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时

耳鼻喉科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

口腔科 \_\_\_\_\_  
间 \_\_\_\_\_

③ 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时

妇科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

B超 \_\_\_\_\_

心电图 \_\_\_\_\_

放射科 \_\_\_\_\_

听力 \_\_\_\_\_

女士填写以下内容 (必填)

体检当日是否生理期?  是  否

初潮 \_\_\_\_\_ 岁 每次经期 \_\_\_\_\_ 天 周期 \_\_\_\_\_ 天

月经量  多  中  少

末次月经（第一天） \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_

日