附件2：

建平县2024年度全科医生特岗计划招聘人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年 龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 照片 |
| 籍贯 |  | 现住所 |  | 联系电话 |  |
| 既 往 病 史 |  |
| **以上栏目由申请人填写** |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 医师意见签名 |
| 耳 疾 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 咽 喉 |  |
| 面部 |  | 医师意见签名 |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其他 |  | 医师签名 |
| 外科 | 身高 |  公分 | 体重 |  公斤 | 医师意见签名 |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 血 压 |  | 医师意见签名 |
| 心脏及血管管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官（彩超） | 肝 | 胆 | 脾 | 胰 |
|  |  |  |  |
| 神经及精神 |  |
| 其他 |  |
| 妇科检查 |  | 医师签名 |
| 胸部透视 |  | 医师签名 |
| 化验检查（附化验单） | 肝功 | 血糖 | 血常规 | 尿常规 | 医师签名 |
|  |  |  |  |
| 体检结论 |  负责医师签字: |
| 体检医院意 见 | 体检医院公章 年 月 日 |

说明：1、即往病史指心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、胃病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2、参加体检者，检查当日须空腹。

3、体检人员请将近期1寸免冠照片粘贴到指定位置。

4、本表A4纸正反面打