

体 检 表

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. 均应到通知要求的医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。
2. 体检严禁弄虚作假、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		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			
心脏病				甲亢			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
神经系统疾病				严重消化系统疾病			
精神病				结核病			
癫痫				性病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急慢性肾炎				手术史			
急慢性肝炎				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	/mm Hg	
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		小瞳孔眼底			
	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 黏膜	
	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	<p>建议: _____</p> <p>医师签字: _____</p>
-----	-------------------------------------

胸部X线片	<p>建议: _____</p> <p>医师签字: _____</p>
-------	-------------------------------------

腹部
B
超
检
查

建议:

医师签字:

体
检
结
论
及
建
议

体检结论属于_____。

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		