体检编号：

工作人员签字：

**事业单位工作人员聘用**

体 检 表

重庆市人力资源和社会保障局 制

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. 均应到指定体检医疗机构进行体检，其他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） | | | | |  | | | | | | | |
| 应聘岗位 | | |  | | | 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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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** |  |
| **妇**  **科** | **病史: 初潮 周期 量（多、中、少）末次月经 绝经年龄 岁**  **结婚年龄： 孕 产 末产 年 月**  **难产： 手术史：** | | | | | | | |
| **内**  **诊** | **外阴** | | **阴道 分泌物** | | | | |
| **宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **宫体： 位 大小 活动 质地（软、中、硬）** | | | | | | |
| **附件：正常 压痛（左右） 增厚（左右） 肿物** | | | | | | |
| **刮片： 初诊** | | | | | | |
| **建议： 医师签字** | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳  鼻  喉  科 | 听力 | 左耳  右耳 | 耳部 |  | |
| 鼻部 |  | 咽部 |  | |
| 喉部 |  | 嗅觉 |  | |
| 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：  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 | 建议： 医师签字： |
| 胸  部  X  光  片 | 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 |  |
| 体检医疗机构签章处    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 |  | |