|  |
| --- |
|  |
| |  | | --- | | 中山市机关雇员雇用  体 检 表 | |
| |  | | --- | | 中山市人力资源和社会保障局  中山市卫生健康局 | |

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。

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，将会影响对您的聘用。

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。

此页由本人填写

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性　别 | |  | 民族 |  | | 照  片  体检单位骑缝章 |
| 婚姻状况 |  | | 文化程度 | |  | | | |
| 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 |  |  |  | 多囊肾 | |  | |  |  |
| 其他 |  | | | | | | | | |
| 备　注 |  | | | | | | | | |
| 受检者签字：  体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | |

以下由体检医生填写

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外  科 | 皮肤 | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签字： |
| 淋巴 | | |  | | | 甲状腺 | |  | | | 脊柱 | | | |  |
| 四肢 | | |  | | | 关节 | |  | | | 泌 尿  生殖器 | | | |  |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血压 | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签字： |
| 发育及营养状况 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | |  | | | | | 肝 |  | | | | |
|  | | | | | 脾 |  | | | | |
| 胸片 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字： | | | |
| 心电图 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字： | | | |
| 腹部彩超 | | |  | | | | | | | | | | | 医师签字： | | | |
| 肝功能 | | |  | | | | | | | | | | | 化验员签字： | | | |
| 血常规 | | |  | | | | | | | | | | | 化验员签字： | | | |
| 五官科 | 眼 | 视力 | | | 右 | | | 矫正  视力 | |  | | | 辨色力 | |  | | 医师签字： |
| 左 | | |  | | |
| 其他  眼疾 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 耳 | 听力 | | | 右 | | | 耳疾 | |  | | | | | | |
| 左 | | |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | 鼻及鼻窦疾病 | |  | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | 唇颚 | |  | | | | | | |
|  | 其他 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 主检医生意见 | 主检医生签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **体检单位意见** | **主检医生签字：** | | | | | | | | | | | | | | | | |

注：表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改。