附件2

姓名：

郏县2021年公开引进实验中学教师

体 检 表

郏县2021年公开引进实验中学教师

领导小组

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.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.体检表上贴近期一寸免冠照片一张。

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、彩超等检查，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。

**郏县2021年公开引进实验中学教师体检自查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | | 性 别 | |  | 出生年月 | |  | |
| 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 | |  |  |  |
| 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 | | | | | | | | | |

郏县2021年公开引进实验中学教师体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年龄 | |  | | 性别 | |  | | | 婚否 |  | | | | 民族 |  | 相片 |
| 单位 | |  | | | | | | | | | | 联系电话 | | | |  | | |
| 既往病史（本人如实填写） | | | | | | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病  4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他 受检者签字： | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸眼视力 | | 右 | | | | | 矫正视力 | | | 右 | | | | 辨色力 | | |  | 签名 |
| 左 | | | | | 左 | | | |
| 听 力 | | 左耳 米 | | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | 签名 |
| 鼻 | | 嗅 觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | |
| 面 部 | |  | | | | | | | | 咽 喉 | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | | 齿 | | | |  | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 身 高 | | 公分 | | | | | | | 体 重 | | | | | 公斤 | | | | 签名 |
| 淋 巴 | |  | | | | | | | 脊 柱 | | | | |  | | | |
| 四 肢 | |  | | | | | | | 关 节 | | | | |  | | | |
| 皮 肤 | |  | | | | | | | 颈 部 | | | | |  | | | |
| 其 他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心电图 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 胸片 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 肝、胆、脾、胰、肾B超 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 内科 | 发育情况 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名 |
| 血 压 | | | mmHg | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 化验检查（附化验单） | | | | 血尿常规肝肾功能 | | | | | | | | | | 其 他 | | | | | 签名 |
| 血糖血沉类风湿因子 | | | | | | | | | |  | | | | |
| 体检结论 | | | | 主检医师签字： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院意见 | | | | 体检医院盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 备 注 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **说明：**1.体检前必须贴有本人1寸彩色近照；  2.体检表中个人基本资料如实填写齐全；  3.体检当日早晨须空腹（禁食、禁水）；  4.本表须由考生A4规格纸张正反双面下载打印，到县级或以上医院参加体检。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |