

体检编号

# 体 检 表

报考单位：

姓 名：

# 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，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					
<p>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)</p>							
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:							
<p>受检者签字: _____ 体检日期: _____ 年 _____ 月 _____ 日</p>							

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。					
	甲状腺			乳腺		
	浅表淋巴结			皮肤		
	脊柱四肢关节			头颅		
	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	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			
	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： 医师签字：</p>
胸部X光片	<p>建议： 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		