

深圳市盐田区教职员工入职体格检查表

| 岗位名称 | 岗位编号 | 联系电话 | | | | | |
|-----------------------|-------|------|------|------------------|----|------------------------------|--------------------------------------|
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 民族 | 贴 相 片 处 | | | |
| 籍贯 | 身份证号码 | | | | | | |
| 工作单位 | 职业 | | | | | | |
| 通讯地址 | | | | | | | |
| 既往病史 (项目见说明) | 本人签名: | | | | | | |
| (以上内容由申请人如实填写) | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正 | 右 | 矫正 | 右 | 医师意见: 签名: |
| | | 左 | 视力 | 左 | 度数 | 左 | |
| | 辨色力 | 眼病 | | | | | |
| | 听力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | | |
| | 鼻 | 嗅觉 | 鼻及鼻窦 | | | | |
| | 面部 | 咽喉 | | | | | |
| | 口腔唇腭 | 齿 | | | | | |
| 其他 | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | | 医师意见: 签名: | |
| | 淋巴 | 脊柱 | | | | | |
| | 四肢 | 关节 | | | | | |
| | 皮肤 | 颈部 | | | | | |
| | 其他 | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | | | | 医师意见: | |
| | 营养状况 | | | | | | |

| | | | | | | |
|------------------------|------------------|---|--------------------------|--|------|-----|
| | 心脏及血管 | | | | | 签名: |
| | 呼吸系统 | | | | | |
| | 神经系统 | | | | | |
| | 腹部器官 | 肝 | | | | |
| | | 脾 | | | | |
| 其他 | | | | | | |
| 化验检查 (附化验单) | 血常规 | | 肝功五项 (谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项) | | 肾功三项 | |
| | 血糖 | | 类风湿因子 | | 尿常规 | |
| | HIV | | 梅毒螺旋体 | | 淋球菌 | |
| | 白带常规 | | | | | |
| 胸部透视 | 医师签名: | | | | | |
| 肝胆脾胰、双肾、膀胱、输尿管 (彩超) | 医师签名: | | | | | |
| 心电图 | 医师签名: | | | | | |
| 体检结论 | 主检医生签名: 年 月 日 | | | | | |
| 体检医院 意见 | 体检医院 盖章 年 月 日 | | | | | |

说明: 既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况, 否则后果自负。