

宁城县“绿色通道”引进
高中教师

体 检 表

2024年11月



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)					
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		
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			

<p style="text-align: center;">心 电 图</p>	<p style="text-align: center;">建议: 医师签字:</p>
<p style="text-align: center;">胸 部 X 光 片</p>	<p style="text-align: center;">建议: 医师签字:</p>



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		



腹部 B 超 检 查	<p>建议： _____</p> <p>医师签字： _____</p>
体检 结 论 及 建 议	
	<p>主检医师签字： _____</p> <p>体检医院签章处 _____</p> <p>年 月 日</p>

