

报考岗位：\_\_\_\_\_

姓 名：\_\_\_\_\_

体检编号

事业单位工作人员录用

# 体 检 表

中华人民共和国人事部  
中华人民共和国卫生部

# 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<br>片 |      |
| 民 族                                                          |   | 婚 姻状况          |      | 籍 贯   |   |        |      |
| 文化程度                                                         |   | 联系电话           |      |       |   |        |      |
| 职 业                                                          |   | 工作单位<br>(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<br/>(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<br>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。<br>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   | <div></div> <div>建议：医师签字：</div> |
| 胸部X光片 | <div></div> <div>建议：医师签字：</div> |

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

## 检 验 项 目

|             |                |                 |
|-------------|----------------|-----------------|
| 血<br>常<br>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<br>生<br>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<br>疫      | 艾滋病病毒抗体（抗 HIV） | 梅毒血清特异性抗体（TPHA） |
| 尿<br>常<br>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          |                |                 |