

中山市机关雇员雇用

体 检 表

中山市人力资源和社会保障局

中 山 市 卫 生 局

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. 体检严禁弄虚作假、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。
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，将会影响对您的聘用。
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。

此页由本人填写

姓名		性别		民族		照片	
婚姻状况		文化程度					
身份证号					体检单位骑缝章		
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				多囊肾			
其他							
备注							
受检者签字:							
体检日期: 年 月 日							

以下由体检医生填写

外科	皮肤					医师签字:
	淋巴		甲状腺		脊柱	
	四肢		关节		平足	
	泌尿生殖器					
	疝			其他		
内科	血压					医师签字:
	发育及营养状况					
	神经及精神					
	肺及呼吸道					
	心脏及血管					
	腹部器官			肝		
			脾			
胸 X 线透视					医师签字:	
肝功能					化验员签字:	
血常规					化验员签字:	

五官科	眼	视力	右	矫正 视力	辨 色 力	医师签字:	
			左				
	砂眼	右	其他 眼疾	医师签字:			
		左					
	耳	听力	右		耳疾		医师签字:
			左				
	鼻	嗅觉	鼻及 鼻窦 疾病		医师签字:		
	咽喉	唇颚	口吃				
齿	缺齿	齿槽 脓漏					
其他							
皮肤科	皮肤病	血管色素 痣	医师签字:				
	腋 臭	纹 身					
主 检 医 生 意 见	主检医生签字:						
体 检 单 位 意 见	主检医生签字:						

注：表中内容请体检单位如实工整填写，不得涂改。