

## 附件 2

## 自 检 表

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						
所学专业		工作单位 (毕业院校)						
报名序号				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				
心脏病				甲亢				
支气管扩张				神经官能症				
支气管哮喘				吸毒史				
神经系统疾病				严重消化系统疾病				
精神病				结核病				
癫痫				性病				
胰腺疾病				恶性肿瘤				
急慢性肾炎				手术史				
急慢性肝炎				严重外伤史				
结缔组织病				其他				
备注								
受检者签字按手印:				体检日期:		年	月	日

# 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. 本表由受检者本人填写（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。

4. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

5. 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。

6. 怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

7. 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。

8. 体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

9. 如对体检结果有异议，按有关规定办理。