

附件 2:

## 绵阳师范学院公开招聘人员体格检查表

姓名		性别		出生 年月		婚否		(相片) 近期 2 寸免 冠彩照
文化程度		民族		联系电话				
籍贯		现住址						

过去病史:

1. 你是否患过下列疾病: 患过  没有患过

1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/>	1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>
1.3 心脏血管疾病 <input type="checkbox"/>	1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>
1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/>
1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>	1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>
1.9 其他慢性病 <input type="checkbox"/>	

2. 请详细写出所患疾病的病名及目前情况

3. 你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷?

我特此申明保证: 以上我所填写的内容正确无误。

签 名

年 月 日

1. 以上内容由受检者如实填写。
2. 填表请用蓝或黑色钢笔, 字迹清楚。
3. 过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

查体部分:

---

一、内科

血压: \_\_\_\_\_ mmHg

心率: \_\_\_\_\_ 次/分

营养状况

心脏及血管

呼吸系统

腹部器官

神经及精神

其它

医师签名 \_\_\_\_\_

二、外科

身高: \_\_\_\_\_ 公分

体重: \_\_\_\_\_ 公斤

浅表淋巴

脊柱

四肢

关节

平趾足

皮肤

颈部

外生殖器

其他

医师签名: \_\_\_\_\_

三、五官科:

1、眼:

裸眼视力: 右 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_

矫正视力: 右 \_\_\_\_\_ 矫正度数 \_\_\_\_\_ 左 \_\_\_\_\_ 矫正度数 \_\_\_\_\_

色觉检查: 彩色图案及编码 \_\_\_\_\_ 单颜色识别: 红、绿、紫、蓝、黄

2、耳:

听力: 右 \_\_\_\_\_ 米 左 \_\_\_\_\_ 米

耳疾 \_\_\_\_\_

3、鼻:

嗅觉: \_\_\_\_\_

鼻及鼻窦疾病 \_\_\_\_\_

4、其他

外貌异常 \_\_\_\_\_ 口吃 \_\_\_\_\_

医师签名: \_\_\_\_\_

## 化验检查

---

血常规

小便常规

血糖: \_\_\_\_\_

总胆红素: \_\_\_\_\_

肝功: ALT \_\_\_\_\_

AST \_\_\_\_\_

总蛋白: \_\_\_\_\_

白蛋白: \_\_\_\_\_

肾功: 尿素氮 \_\_\_\_\_

肌肝: \_\_\_\_\_

---

1、心电图

医师签名: \_\_\_\_\_

---

2、B超

医师签名: \_\_\_\_\_

---

3、胸部 X 光片

医师签名: \_\_\_\_\_

---

4、其他

医师签名: \_\_\_\_\_

---

体检结论:

负责医师签名: \_\_\_\_\_

---

体检医院意见:

体检医院盖章

年 月 日