|  |
| --- |
| **涡阳县2024年县直事业单位人才引进****体 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** |  |
| **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** |  |  |  |
| **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： 体检日期： 年 月 日** |
| **身高** |  **厘米** | **体重** |  **公斤** | **血压** |  **/mm Hg** |
| **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。** |
| **皮肤** |  | **浅表****淋巴结** |  |
| **头颅** |  | **甲状腺** |  |
| **乳腺** |  | **脊柱****四肢关节** |  |
| **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** |  | **小瞳孔眼底** |  |
| **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **耳****鼻****喉****科** | **听力** | **左耳****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****黏膜** |  |
| **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：****其他：** |
| **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。** **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** | **建议： 医师签字：** |
| **胸****部****X****线****片** | **建议： 医师签字：** |
| **腹****部****B****超****检****查** | **建议： 医师签字：** |
| **体****检****结****论****及****建****议** |  |
|    **体检医院签章处** **负责医师签字**： **年 月 日** |