嘉峪关市公开招聘

公益性岗位人员健康体检表

体检日期： 年 月 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 职业 |  |
| 籍贯 |  | 身份证号 |  |
| 地址 |  |
| 病史 | 既往史 |  | 言语 |  |
| 家族史 |  |
| 身长 | cm | 体重 | kg | 胸围 | cm | 医生意见签章 |
| 五官科 | 眼 | 视力 | 左 右 | 鼻 |  | 齿 | 龋 齿 |  |
| 沙眼 | 左 右 | 唇 |  | 脱落齿 |  |
| 辨色力 |  | 齿槽脓漏 |  |
| 耳 | 听力 | 左 右 | 咽喉 |  | 其他 |  |
| 耳疾 |  |
| 外科 | 脊柱 |  | 四肢 |  | 医生意见签章 |
| 皮肤 |  | 淋巴 |  |
| 疝 |  | 其他 |  |
| 内科 | 血压 |  | 医生意见签章 |
| 心脏及血管 |  |
| 肺部 |  |
| 腹部 |  | 肝 |  | 脾 |  |
| 神经及其他 |  |
| 其他 |  |
| 胸透 |  | 医生意见签章 |
| 体检结果 | 结果：（请在以下项目序号前打“√”表示选定该项体检结果）1. **健康或正常 ②一般或较弱 ③有慢性病**

**④ 传染病传染期 ⑤精神病发病期 ⑥身体残疾**说明：一、如选择上述结果③，请继续在下列符合的项目上用“√”表示：1. 心血管病 2、脑血管病 3、慢性呼吸系统病

4、慢性消化系统病 5、慢性肾炎 6、结核病7、神经或精神疾病 8、糖尿病 9、其他： **医师签名： 体检日期： 年 月 日** |