体检编号：

华南师范大学人才引进

体 检 表

单位：_____

姓名：_____

体检须知

为了准确地反映您身体的真实状况，请注意以下事项:

1. 原则上应由各二级单位工作人员带领到指定医院（任何一家三级甲等医院或华南师范大学医院）进行体检。

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. 体检表须贴近期彩色免冠证件照一张，由二级单位加盖单位公章，再由体检医院确认盖章。

4. 体检表第三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，不能溃漏。

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、B 超等检查，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，每项体检完毕后请提醒医生在本体检表上填写体检结果并签名。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的聘用。

姓　　名		性　　别		照 片
出生年月		民　　族		
籍　　贯		婚姻状况		
联系电话		Email		
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			
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				其他			

备注：

受检者签字：

体检日期：　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>身高</td><td>厘米</td><td>体重</td><td>公斤</td><td>血压</td><td>/ mmHg</td></tr>
<tr><td rowspan="6">内
科</td><td colspan="5">病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。</td></tr>
<tr><td>心脏</td><td>心界
杂音</td><td colspan="3">心率 次/分 律</td></tr>
<tr><td>肺</td><td></td><td>腹部</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>肝</td><td></td><td>神经系统</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>脾</td><td></td><td>医师签字</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">外
科</td><td colspan="5">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。</td></tr>
<tr><td>甲状腺</td><td></td><td>皮肤</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>浅表
淋巴结</td><td></td><td>头颅</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>脊柱
四肢关节</td><td></td><td>医师签字</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">眼
科</td><td rowspan="2">裸眼
视力</td><td>右</td><td rowspan="2">矫正
视力</td><td>右</td><td rowspan="2">医师签字</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>左</td><td>左</td></tr>
<tr><td rowspan="5">鼻
喉
科</td><td>听力</td><td></td><td>耳部</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>鼻部</td><td></td><td>咽部</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>喉部</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>其他</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>医师签字</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

妇科检查（妇科常规检查）	医师签字：
心电图	医师签字：

胸透	医师签字：
腹部B超检查（肝胆脾胰）	医师签字：

检验项目

血常规	白细胞总数（WBC）及分类	血红蛋白（HGB）
	红细胞总数（RBC）	血小板计数（PLT）
血生化	丙氨酸氨基转移酶（ALT）	尿素氮（BUN）
	天冬氨酸氨基转移酶（AST）	肌酐（CR）
	葡萄糖（GLU）	
免疫	艾滋病病毒抗体（抗 HIV）	梅毒血清特异性抗体（TPHA）
尿常规	糖（GLU）	蛋白质（PRO）
	胆红素（TBIL）	尿胆原（URO）
	比重（SG）	红细胞（BLO）
	酸碱度（PH）	白细胞（LEU）
	镜检	
其他		

体检结论：

建议：

主检医师签名：

公章：　　日期：

是否符合引进要求及二级单位意见：

带队人员签名：

单位领导签名：

单位公章：　　日期：