附件3

 编号：

天津市北辰区卫健系统所属事业单位

公开招聘卫生专业人员体检表

招聘单位： 北辰医院

考生姓名：

天津市北辰区卫生健康委员会制

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、均应到指定医院进行体检，其他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、体检表上贴近期一寸免冠照片一张。

4、本表中由受检者本人填写的部分，需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。

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。

8、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，将会影响对您的招聘。

9、体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10、如对体检结果有疑义，可按有关规定办理。

11、**2023年04月24日上午8：00**到天津市北辰医院体检中心**（北辰区北医道7号**）进行体检，携带**身份证及一寸免冠照片**，**体检前一天晚餐后禁食禁水**。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |   | 年 龄 |  | 照片 |
| 身份证号码 |   |
| 工作单位（毕业院校） |  |
| 招聘单位 |  | 招聘岗位 |  |
| **以下项目由本人如实详细填写**（在每一项后的空格内打“√”回答“有”或“无”。如故意隐瞒，后果自负） |
| 项 目 | 有 | 无 | 治愈时间 | 项 目 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压 |  |  |  | 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： |
| **以下项目由体检医院医师填写** |
| 内科 |
| 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 |
| 血压 | /mmHG | 脉搏 | 次/分 |
| 心脏 | 心界 杂音 | 心率 | 次/分 律 |
| 肺 |  | 腹 |  |
| 肝 |  | 脾 |  |
| 神经系统 |  | 其他 |  |
| 心电图 |  |
| 胸部X光片 |  |
| 腹部B超检查 |  |
| 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。 |
| 身高 |  | 体重 |  |
| 甲状腺 |  | 乳腺 |  |
| 浅表淋巴结 |  | 皮肤 |  |
| 脊柱 |  | 头颅 |  |
| 四肢关节 |  | 其他 |  |
| 建议： | 医师签字 |  |
| 眼科 |
| 裸眼视力 | 左 |  | 矫正视力 | 左 |  |
| 右 |  | 右 |  |
| 色觉 |  | 其他 |  |
| 建议： | 医师签字 |  |
| 耳鼻喉科 |
| 听力 | 左耳 |  | 耳部 |  |
| 右耳 |  | 鼻部 |  |
| 咽喉部 |  | 其他 |  |
| 建议： |  | 医师签字 |  |
| 口腔科 |
| 唇腭舌 |  | 颞下颌关节 |  |
| 口腔黏膜 |  | 腮腺 |  |
| 其他 |  |
| 建议： |  | 医师签字 |  |
| 妇科 |
| 已婚女性（内诊） | 未婚女性（肛诊） |
| 外阴 |  | 外阴 |  |
| 宫颈 |  | 附件 |  |
| 附件 |  | 宫体 |  |
| 阴道 |  | 其他 |  |
| 宫体 |  | / |  |
| 其他 |  | / |  |
| 建议： |  | 医师签字 |  |
| 体检结论及建议 |
| 总检医师意见： 体检医院（章） 年 月 日 |
|
|
|
|