附件2：

拉萨市医保局公益性岗位

人员招聘体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 联系电话 |  | | | 性别 | |  | 婚否 | |  | 照片 |
| 身份证号 | |  | | | | | 聘用  岗位 | |  | | | |
| 既 往 病 史  本 人 如 实 填 写 | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病  5.精神病 6.其他  受检者确认签字： | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | | 右 | 矫视正力 | | 右 | | 矫正度数 | | | 右 | | 医师意见：  签名： |
| 左 | 左 | | 左 | |
| 辩 色 力 | |  | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 听 力 | | 左 耳 米 | | | | 右 耳 米 | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 鼻 | | 嗅 觉 |  | | | 鼻及鼻窦 | | |  | | |
| 面 部 | |  | | 咽 喉 | | | |  | | | |
| 口 腔  唇 腭 | |  | | 牙齿 | | | |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 是 否  口 吃 | |  | | 发 音 是  否 嘶 哑 | | | |  | | | |
| 外科 | 身 高 | | 公分 | | 体 重 | | | | 公斤 | | | | 医师意见：  签名： |
| 淋 巴 | |  | | 脊 柱 | | | |  | | | |
| 四 肢 | |  | | 关 节 | | | |  | | | |
| 皮 肤 | |  | | 颈 部 | | | |  | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | |
| 内科 | 营养状况 | |  | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 血 压 | |  | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | |  | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | |  | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 化验  检查 | 淋球菌 | |  | 滴 虫 |  | 医师意见：  签名： |
| 梅毒螺旋体 | |  | 外阴阴道假丝酵母菌(念珠菌) |  |
| 胸 部 透 视 | | |  | | | 医师意见：  签名： |
| 粘 贴 报 告 单 | | | | | | |
| 体检结论 | | 负责医生签名： | | | | |
| 体检意见 | | 体检医院盖章  年 月 日 | | | | |

说明：1.“既往病史”指肝炎、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病和其他病史，受检者应如实填写，并签字确认；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。3.体检前必须贴有本人1寸彩色近照；4.体检表中个人基本资料如实填写齐全；5.体检当日早晨须空腹（禁食、禁水）；6.本表须A4规格纸张正反双面下载。