

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. 均应到三级甲等及以上医院进行体检，其它不符合要求的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. 体检表上贴近期二寸免冠照片一张。

4. 本表第二页由受检者自行打印后本人填写（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，不能遗漏。填写完毕后附在体检报告的第一页。

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。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。

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，请按有关规定办理。

11. 所有检查的附件必须附在报告中，不得遗漏或欺瞒。

体检人员信息登记表

姓名		性别		出生年月		照 片	
民族		婚姻状况		籍贯			
最高学历		联系电话					
专业		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			
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							

以下项目为必检项目：

身高、体重、血压	须如实体现在报告中
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
内科	心脏
	肺
	肝
	脾
	心率
	腹部
	神经系统
	其他

外科	皮肤
	头颅
	乳腺
	肛门
	外生殖器
	裸眼视力/矫正视力
	色觉
	浅表
	淋巴结
	甲状腺
	脊柱
	四肢关节
	其他
	耳鼻喉科
耳部	
鼻部	
喉部	
其他	
咽部	
口腔科	唇腭舌
	颞下颌关节
	腮腺
	口腔
	粘膜
妇科 (已婚女性)	(内诊) 包括: 外阴、阴道、宫颈、宫体
心电图	作为附件附在体检报告中
腹部 B 超	
胸部 X 光	

