

报考单位：

现住址：

姓名		性别		出生年月		照片
民族		婚姻状况		籍贯		
文化程度		联系电话				
职业		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

医师签字

血压复测结果

内科 \_\_\_\_\_

① 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时间 \_\_\_\_\_

外科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

眼科 \_\_\_\_\_

② 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时间 \_\_\_\_\_

耳鼻喉科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

口腔科 \_\_\_\_\_

③ 血压 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmhg 时间 \_\_\_\_\_

妇科 \_\_\_\_\_

医生 \_\_\_\_\_ 体检者 \_\_\_\_\_

B超 \_\_\_\_\_

心电图 \_\_\_\_\_

放射科 \_\_\_\_\_

听力 \_\_\_\_\_

**女士填写以下内容 (必填)**

体检当日是否生理期?      是      否

初潮 \_\_\_\_\_ 岁     每次经期 \_\_\_\_\_ 天     周期 \_\_\_\_\_ 天

月经量    多    中    少     末次月经 (第一天) \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日