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