

体检编号：

# 安徽工程大学 体检表

安徽工程大学新入职教职三体检专用

# 体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 均应到指定医院进行体检，其它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，并加盖公章。

4. 本表第二页由受检者本人填写(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。

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。

|                                                                                                                |   |      |      |       |   |   |      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|------|------|-------|---|---|------|
| 姓 名                                                                                                            |   | 性 别  |      | 出生年月  |   |   |      |
| 民 族                                                                                                            |   | 婚姻状况 |      | 籍 贯   |   |   |      |
| 文化程度                                                                                                           |   | 联系电话 |      |       |   |   |      |
| 工作单位<br>(毕业院校)                                                                                                 |   |      |      |       |   |   |      |
| 身份证号                                                                                                           |   |      |      |       |   |   |      |
| 请本人如实详细填写下列项目<br>(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： <div style="float: right; margin-top: 20px;">           体检日期：        年        月        日         </div> |   |      |      |       |   |   |      |