

附件2

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