**蒙城县高中阶段学校2024年公开引进急需紧缺人才体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相 片 |
| 岗位代码 |  | 身份证号 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史（本人如实填写） |  |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见：签名： |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 |  米 | 体重 | 公斤 | 医师意见：签名： |
| 淋巴 |  | 脊柱 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |

（粘贴检查单处）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见：签名： |
| 血 压 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 心 电 图 |  | 签名： |
| 实验室检查 | 血常规 |  | 签名： |
| 尿常规 |  | 签名： |
| 转氨酶 |  | 签名： |
| 胸 部 透 视 |  | 签名： |
| 体检结论 |  负责医师签字： |
| 体检医院意 见 |  体检医院公章 年 月 日  |

说明：负责医师作体检结论要填写“合格” 、“不合格“两种结论，并说明原因。