

| | | | | | |
|-----------------|---------------------|----|-----|-------|------|
| 内科 | 血 压 | | | | 医师意见 |
| | 心脏及血管 | | | | |
| | 呼 吸 系 统 | | | | |
| | 腹 部 器 官 (B 超) | 肝 | 脾 | 其 他 | |
| | | | | | |
| 神经及精神 | | | | | |
| 妇科 | 滴 虫 | | | | 签名 |
| 检查 | 念 球 菌 | | | | 医师签名 |
| 胸部透视 | | | | | 医师签名 |
| 化验检查 (附化验单) | 肝功 | 血糖 | 淋球菌 | 梅毒螺旋体 | 医师签名 |
| | | | | | |
| 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： 1.即往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。

本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。

2. 参加体检者，检查当日须空腹。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。