青年就业见习健康体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 出生日期 |  |  |
| 身份证号 |  | 民族 |  |
| 工作单位 |  |
| 毕业学校 |  |
| 所学专业 |  | 学历层次 |  |
| 家庭住址 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史 |  |
| 家 庭 史 |  |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 左 |  | 右 |  | 医师意见：签名： |
| 矫正视力 | 左 |  | 右 |  |
|  | 眼 |  | 疾 |  |
|  | 色 |  | 觉 |  |
| 耳鼻喉 |  | 听 |  | 力 | 左 |  | 右 |  |
|  | 耳 |  | 疾 |  |
| 鼻及鼻窦 |  |
|  | 嗅 |  | 觉 |  |
|  | 咽 |  | 喉 |  |
| 口腔 |  | 粘 |  | 膜 |  | 舌 |  |
| 牙及牙龈 |  |
|  | 其 |  | 他 |  |
| 内科 | 呼吸 | 次/分 | 脉搏 | 次/分 | 血压 | / mmHg | 医师意见：签名： |
| 发育及营养 |  |
| 神经及精神 |  |
| 肺 |  |
|  | 心 |  | 脏 |  |  |
| 肝.脾.双肾 |  |
|  | 其 |  | 他 |  |  |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | 体 | 重 | 千克 | 医师意见：签名： |
| 皮 肤 |  | 淋巴结 |  |
| 头、颈 |  | 甲状腺 |  |
| 脊 柱 |  | 四 | 肢 |  |
| 其 他 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 辅助检查结果 | 胸 片 |  | 医师意见：签名： |
| 心电图 |  | 医师意见：签名： |
| 检 验 |  | 医师意见：签名： |
| B 超 |  | 医师意见：签名： |
| 妇 科 |  | 医师意见：签名： |
| 其 他 |  | 医师意见：签名： |
| 体检结果 | 结果：建议：医师签名： 体检医院盖章日期： 年 月 日 |