**入职健康体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 民族 |  | 贴相片处 |
| 身高 |  | 年龄 |  | 籍贯 |  |
| 身份证号 |  | | | | |
| 联系电话 |  | | | | |
| 历史病况 |  | | | | | |
| 血检\尿检 | 梅毒 | 艾滋病 | |  | | 医师签字: |
| 尿检 |  | |  | |
| 感染科 | 乙肝两对半 | | 肺结核 | 心肌酶 |  | 医师签字: |
| 内科 | 腹部彩超 | | 肝功能 | 肺部及呼吸道 | 心脏及血管 | 医师签字: |
| 肾功三项 | | 血常规 | 胸透 |  |
| 外科\眼科 | 身高（cm） | 体重（kg） | 心电图 | 脊柱 | 其他 | 医师签字: |
| 视力 | 色弱 | 色盲 |  |  |
| 耳鼻喉 | 双耳听力 | 甲状腺 | 嗅觉 | 咽喉 | 外观 | 医师签字: |
|  |  |  |  |  |
| 其他情况 |  | | | | | 医师签字: |
| 备注 | **体检日期： 年 月 日（需在2025年4月10日及以后体检）**  **体检医院盖章：** | | | | | |