砚山县政府专职消防队招录合同制消防员

体 格 检 查 表

**姓名：**

**砚山县消防员招录办公室制**

|  |
| --- |
|  |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 贴照片处 |
| 文化程度 |  | 民 族 |  | 婚姻状况 |  |
| 职 业 |  | 公民身份号 码号 码 |  |
| 毕业学校或工作单位 |  |
| 现住址 |  乡（镇、街道） 村（号） |
| ------以上信息由考生本人填写------ |
| 外科 | 身高 cm 体重 kg 签名： | 医师意见签名： |
| 病 史 |  |
| 头颈部 |  | 脊 柱 |  |
| 胸、腹部 |  | 四肢关节 |  |
| 泌尿、生殖 |  | 肛 门 |  |
| 皮肤、文身 |  | 其 他 |  |
| 内科 | 血压 mmHg 签名： 口吃 签名： | 医师意见签名： |
| 病 史 |  |
| 心脏 | 心率 次/分 |
| 肺 |  | 腹部 |  |
| 神经 |  | 其他 |  |
| 眼科 | 右眼 | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 | 医师意见签名： |
| 左眼 | 裸眼视力 矫正视力 矫正度数 |
| 色觉 | 正常 色弱 色盲 单色识别能力正常 |
| 病史 |  |
| 眼病 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳鼻咽喉科 | 听 力 | 右耳 m 左耳 m | 嗅觉 | 正常 迟钝 丧失 | 签名： |
| 病 史 |  | 医师意见签名： |
| 耳 |  |
| 鼻 |  |
| 咽 喉 |  |
| 耳气压功能 鼓膜情况 |
| 口腔科 | 龋齿 牙周炎 咬 | 医师意见签名：签名 |
| 缺齿 牙列不齐 其他 |
| 实验室检查 | 血常规： | 签名： |
| ALT CR UREA |
| HBsAg HIV抗体 |
| 尿常规：  |
| 尿沉淀镜检：  |
| 尿毒品 尿HCG （血清HCG­） |
| 粪便常规 |

 报告单粘贴处

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 胸部X光射线 |  | 医师意见签名： |
| 心电图 |  | 医师意见签名： |
| 腹部B超 |  | 医师意见签名： |
| 妇科B超 |  |
| 妇科 | 病 史 |  | 医师意见签名： |
| 疾 病 |  |
| 月经史 | 初潮 末次月经 |
| 主检医师意见 | 主检医师签名：年 月 日 |
| 体检结果及结论 | 砚山县消防员招录办公室年 月 日 |
| 备 注 |  |