

# 广东省从业人员健康检查表

**健康体检须知：**

- 1、建议早上空腹抽血。
  - 2、怀孕或可能已受孕的女性，必须提前告知登记医生缓检！
  - 3、本人确认如实提交个人资料及相关检材，并同意作以上项目的检查。
  - 4、体检完成后，请将此单交还给体检中心，否则无法出报告！
  - 5、检查结果领取方式：同意由用人单位领取和告知检查结果（     ）；其他（     ）
  - 6、如对本次检查结果有疑议，请在7天内向我中心查询。
- 我已阅读上述须知，理解须知内容的含义。

受检者（签名）：\_\_\_\_\_ 电话号码：\_\_\_\_\_

体检号：260409220052

工种：餐饮、食品



检查日期：2026.04.09

单位：春湾1

证件号码：440727197009232222

电话号码：13680248168

姓名：杨初芳

性别：女

年龄：56岁

工号：\_\_\_\_\_

|                   |          |                                 |       |   |     |                             |    |
|-------------------|----------|---------------------------------|-------|---|-----|-----------------------------|----|
| 既往病史              | 病名       | 肝炎                              | 痢疾    | 伤寒  | 结核病 | 皮肤病                         | 其他 |
|                   | 患病时间     |                                 |       |   |     |                             |    |
| 内科<br>检查          | 心        | 未见明显异常                          |       |   | 肝   | 肋下未触及                       |    |
|                   | 脾        | 肋下未触及                           |       |   | 肺   | 未见明显异常                      |    |
|                   | 皮肤       | 渗出性皮肤病 <input type="checkbox"/> |       | 化脓性皮肤病 <input type="checkbox"/>   |     | 其他 <input type="checkbox"/> |    |
|                   | 其他       | 正常                              |       |   |     | 医师签名：吴晓霜                    |    |
| 胸部X射线检查           |          | 正常结果<br>医生签名：吴晓霜                |       |   |     |                             |    |
| 实 及<br>验 化<br>室 验 | 检查项目     |                                 | 检查结果  |   |     | 检查师签名                       |    |
|                   | 大便<br>培养 | 痢疾杆菌                            | 阴性(-) |   |     | 吴晓霜                         |    |
|                   |          | 伤寒或副伤寒                          | 阴性(-) |   |     | 吴晓霜                         |    |
|                   | 生化<br>项目 | 谷丙转氨酶                           | 29    |   |     | 吴晓霜                         |    |
|                   |          | HAV-IgM*                        |       |   |     | 吴晓霜                         |    |
|                   |          | HEV-IgM*                        |       |   |     | 吴晓霜                         |    |
| 其他                |          |                                 |       |   |     |                             |    |
| 主检结论：<br>正常       |          |                                 |       | 体检机构意见：<br><br>(公章) |     |                             |    |
| 主检医师签名：_____      |          |                                 |       |   |     |                             |    |
|                   |          |                                 |       | _____ 年 月 日   |     |                             |    |