

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：260410220002

工种：餐饮、食品



检查日期：2026.04.10

单位：食品卫生

证件号码：441781200711193853

电话号码：18316122300

姓名：范颖骏

性别：男

年龄：18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 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 医生签名：吴晓霜 | | | | | |
| 实 及 验 化 室 验 | 检查项目 | | 检查结果 | | | 检查师签名 | |
| | 大便 培养 | 痢疾杆菌 | | | | | 吴晓霜 |
| | | 伤寒或副伤寒 | | | | | 吴晓霜 |
| | 生化 项目 | 谷丙转氨酶 | | | | | 吴晓霜 |
| | | HAV-IgM* | | | | | 吴晓霜 |
| | | HEV-IgM* | | | | | 吴晓霜 |
| 其他 | | | | | | | |
| 主检结论： 正常 | | | | 体检机构意见：  (公章) | | | |
| 主检医师签名： | | | | 年 月 日 | | | |