

# 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：260511220014

工种：餐饮、食品



检查日期：2026.05.11

单位：江门华润万家生活超市有限公司

证件号码：441723198311083723

电话号码：15917075073

姓名：李少萍

性别：女

年龄：42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                           |      | 9   |                             | 吴晓霜 |    |
|                               |          | HAV-IgM*                        |      |   |                             | 吴晓霜 |    |
|                               |          | HEV-IgM*                        |      |   |                             | 吴晓霜 |    |
| 其他                            |          |                                 |      |   |                             |     |    |
| 主检结论：<br>正常<br><br>主检医师签名：吴晓霜 |          |                                 |      | 体检机构意见：<br><br>(公章) _____ 年 月 日 |                             |     |    |