

# 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：260523220039

工种：餐饮、食品



检查日期：2026.05.23

单位：春湾1

证件号码：441722197711202225

电话号码：1353797210

姓名：陆志珍

性别：女

年龄：48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：谭凡干                    |    |
| 胸部X射线检查           |      | 正常结果<br>医生签名：谭凡干                |       |   |     |                             |    |
| 实 及<br>验 化<br>室 验 | 检查项目 |                                 | 检查结果  |   |     | 检查师签名                       |    |
|                   | 大便培养 | 痢疾杆菌                            | 阴性(-) |   |     | 谭凡干                         |    |
|                   |      | 伤寒或副伤寒                          | 阴性(-) |   |     | 谭凡干                         |    |
|                   | 生化项目 | 谷丙转氨酶                           | 11    |   |     | 谭凡干                         |    |
|                   |      | HAV-IgM*                        |       |   |     | 谭凡干                         |    |
|                   |      | HEV-IgM*                        |       |   |     | 谭凡干                         |    |
| 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   |     |                             |    |