**附件3**

编号

滨江区从业人员预防性健康检查表

体检日期: 年 月 日

工作单位（盖章）:

姓名: 性别: 年龄:

身份证号码： 联系电话：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 即往  病史 | 病 名 | | | | 肝炎 | 痢疾 | 伤寒 | | 肺结核 | 皮肤病 | 其它 |
| 患病时间 | | | |  |  |  | |  |  |  |
| 体  征 | 心 | |  | | | | | 肝 |  | | |
| 脾 | |  | | | | | 肺 |  | | |
| 皮肤 | | 手癣 指甲癣 手部湿疹 银屑(或鳞屑)病  渗出性皮肤病 化脓性皮肤病 | | | | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | 医师签名 | | | |
| X线胸透或胸部拍片 | | 医师签名： | | | | | | | | | |
| 实验室检查（化验单附后） | 检查项目 | | | | | | 检查结果 | | | 检验师签名 | |
| 大便  培养 | | | 志贺氏菌 | | |  | | |  | |
| 沙门氏菌 | | |  | | |  | |
| 肝功能 | | | 谷丙转氨酶 | | |  | | |  | |
| 甲肝抗体（IgM） | | | | | |  | | |  | |
| 戊肝抗体（IgM） | | | | | |  | | |  | |
| 其它 | | | | | | | | | | |
| 检 查 结 论：  主检医师签名：  健康检查机构盖章：  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

**备注：**1、谷丙转氨酶异常者加测甲肝抗体和戊肝抗体；2、鼓励使用信息化体检管理系统，但本表所列要素应在数据资料中体现。