附件1

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 请用黑色签字笔或钢笔填写《健康状况调查表》，要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏，贴近期二寸免冠照片一张，本人签名，与各项体检结果一起交广西大学人事处515室。

2. 体检应到二级以上具有医疗机构执业许可证的综合性医疗机构进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

3. 体检严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

4. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

5. 体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

6. 女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

7. 请按所列项目自行到医院进行检查，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的聘用。

8. 如对体检结果有疑义，经学校公开招聘工作组同意可进行一次复检。

**健康状况调查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | | 性 别 |  | 出生年月 |  | | | 照  片 | |
| 民 族 |  | | 婚姻状况 |  | 籍 贯 |  | | |
| 文化程度 |  | | 联系电话 |  | | | | |
| 毕业院校或现工作单位 | | | |  | | | | |
| 报考岗位 |  | | 联系方式 |  | | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负） | | | | | | | | | | |
| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | | | 有 | 无 | | 治愈时间 |
| 高血压病 |  |  |  | 糖尿病 | | |  |  | |  |
| 心脏病 |  |  |  | 甲亢 | | |  |  | |  |
| 支气管扩张 |  |  |  | 神经官能症 | | |  |  | |  |
| 支气管哮喘 |  |  |  | 吸毒史 | | |  |  | |  |
| 神经系统  疾病 |  |  |  | 严重消化  系统疾病 | | |  |  | |  |
| 精神病 |  |  |  | 结核病 | | |  |  | |  |
| 癫痫 |  |  |  | 性病 | | |  |  | |  |
| 胰腺疾病 |  |  |  | 恶性肿瘤 | | |  |  | |  |
| 急慢性肾炎 |  |  |  | 手术史 | | |  |  | |  |
| 急慢性肝炎 |  |  |  | 严重外伤史 | | |  |  | |  |
| 结缔组织病 |  |  |  | 其他 | | |  |  | |  |
| 备 注 |  | | | | | | | | | |
| 本人签字： 体检日期： 年 月 日 | | | | | | | | | | |