

新员工入职健康声明

部门：_____

健康告知		
本人健康告知	有	无
1、过去有无使用镇静安眠剂、迷幻剂及其它违禁药物或吸食有机溶剂、毒品，或有酒精中毒、药物中毒。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2、最近六个月内是否接受医师的诊察、治疗、用药，并对其结果医师是否建议检查、治疗、住院手术。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3、最近六个月内是否有任何不适症状或体征？ 如反复头疼、眩晕、心悸、胸痛、咳嗽、咳痰、咯血、腹痛、痔疮、便血、发热、乏力、健忘、多尿、消瘦（体重下降超过 5 公斤）视力下降、听力减退、外耳道流脓或流液等。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4、过去两年内的健康检查		
（1）过去两年内有无接受健康检查（包括 X 光、心电图、血液、肝功能、超声波、脑部等检查）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）上述检查结果有无异常情形或建议接受其他检查	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5、过去五年内曾否患有下列疾病		
（1）高血压、心脏病、血管疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）癫痫、肢体无力、精神异常或脑部疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（3）肾脏病、性病等生殖泌尿器官疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（4）贫血、血友病、白血病、紫斑病、脾脏疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（5）癌症、肿瘤、囊肿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（6）艾滋病及红斑性狼疮、胶原性疾病等身体免疫系统疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（7）肝炎带原、肝肿大、肝硬化、肝机能异常、黄疸肝炎、脂肪肝	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6、过去五年内曾否患有下列疾病		
（1）肺结核、哮喘（气喘）、支气管炎、支气管扩张症、矽肺、肺气肿、肺炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）消化道溃疡、溃疡或出血、胰脏炎、胆囊炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（3）糖尿病、甲状腺疾病、痛风、高血脂症等新陈代谢疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（4）白内障、青光眼、视网膜或视神经病变	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（5）脊椎或脊髓疾病、风湿病、肌肉、骨骼、关节疾病	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（6）中毒、结石	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7、身体残障情况		
（1）有无智能障碍或精神异常	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）有无失明、聋哑、跛行或小儿麻痹后遗症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（3）无言语、咀嚼、视力、嗅觉、四肢及中枢神经系统机能障碍	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（4）有无脊柱、胸廓、四肢、五官、手指、足趾缺损或畸形	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8、妇女栏：（若为女性时，请说明）		
（1）目前是否怀孕？若有，怀孕几周？	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（2）过去五年内曾否罹患子宫、卵巢、乳房的疾病而接受医师的诊察、治疗、用药或住院开刀	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
（3）过去五年内曾否因妊娠、分娩而住院、开刀（包括剖腹生产）	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9、目前有无吸烟、饮酒习惯。每天吸烟_____支，约有_____年历史，每周饮酒_____瓶，约有_____年历史		
10、身高_____厘米，体重_____公斤。		
<p>上述健康告知各项，若答复“有”、“是”时，请注明号数并详细说明，如有诊治，请告知原因、日期、医院名称及诊治结果。说明如下：</p> 		
<p>本人声明栏：</p> <p>本健康声明由本人亲自如实填写并签名。若有隐瞒情况或日后发现与事实不符，本人承担一切责任，包括但不限于公司不承担任何隐瞒的疾病的医疗费用以及无任何补偿的辞退。</p> <p style="text-align: right;">本人签名_____ 日期_____年_____月_____日</p>		