附件1

随县从业人员预防性健康体检通知单 (第一联)编号：

医院（卫生院）：

兹现通知单位 共计 人，于 20 年 月 日至 20 年 月 日，前来贵院办理预防性健康体检证明，请予以接洽。

市场 (卫健) 监管单位盖章 20 年 月 日

－－－－－－－－－－－－－－－－－－－

随县从业人员预防性健康体检通知单 (第二联)编号：

医院（卫生院）：

兹现通知单位 共计 人，于 20 年 月 日至 20 年 月 日，前来贵院办理预防性健康体检证明，请予以接洽。

市场 (卫健) 监管单位盖章 20 年 月 日

注意事项： 1、凭县市场监督或卫生监督单位提供的通知单办理； 2、用工单位需提供体检人员花名册、近期免冠彩色一寸登记照片 2 张； 3、本人体检时请携带身份证； 4、请在规定时间内前来办理，逾期不予办理； 5、第一联由监管单位留存，第二联由体检机构留存。

附件2

随县从业人员预防性健康体检免费单位范围

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 免费体检单位 | 联系方式 | 经营地址体检范围 | 体检单位地址 | 备注 |
| 万和镇中心卫生院 | 0722-4693047 | 万和镇、太白顶景区、 | 万和镇中心卫生院公共卫生科 |  |
| 唐县镇中心卫生院 | 0722-4730818 | 唐县镇、万福农场、吴山镇 | 唐县镇中心卫生院公共卫生科 |  |
| 殷店镇中心卫生院 | 0722-4632296 | 殷店镇、小林镇、淮河镇、草店镇 | 殷店镇中心卫生院公共卫生科 |  |
| 均川镇中心卫生院 | 0722-4868210 | 均川镇 | 均川镇中心卫生院公共卫生科 |  |
| 三里岗镇中心卫生院 | 0722-4843486 | 三里岗镇、柳林镇 | 三里岗镇中心卫生院公共卫生科 |  |
| 县人民医院 | 0722-3566169 | 随县辖区内（高城镇、尚市镇、） | 县人民医院医技楼三楼 |  |
| 县中医医院 | 0722-3567135 | 随县辖区内（厉山镇、新街镇、安居镇） | 随县中医医院门诊综合楼四楼 |  |
| 洪山医院 | 0722-4811223 | 洪山镇、长岗镇、澴潭镇 | 洪山医院门诊楼二楼 |  |

备注：预防性健康体检免费经营地址体检范围，原则上在指定范围的体检机构进行体检，用工单位可自由选择体检机构，体检机构不得推逶。

附件3

随县从业人员预防性

健康体检人员登记花名册

填报单位： 填报单位联系方式：

单位性质：食品□药品□化妆品□食品摊贩□公共场所□生活饮用水□消毒产品□

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 身份证号码 | 联系方式 | 备注 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

审核单位 (盖章) : 审核人： 填报时间：

附件4

**湖北省从业人员预防性健康检查合格证明式样**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **湖北省从业人员预防性健康检查合格证明** | | | | | | | | | | | |
| 身份证号: |  | | | | | 编号: | |  | | | 照片 |
| 姓 名: |  | | | | | 性别: | |  | | |
| 年 龄: |  | | 工种： | |  | | | | | |
| 体检日期: |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 有效期止: |  | | 年 |  | 月 |  | 日 |  |  |  |
| 健康检查机构（盖章） |  |  |  |  | | | | | | | |

附件5

照

片

湖北省从业人员预防性健康检查表

检查日期： 年 月 日 身份证号：

姓名： 性别： 年龄： 民族： 工种：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往  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 化  验 验  室  单  检 附  查 后 | 检查项目 | | | | 检查结果 | | | 检查师签字 | |
| 大便  培养 | 痢疾杆菌 | | |  | | |  | |
| 伤寒或副伤寒 | | |  | | |  | |
| 肝功能 | 谷丙转氨酶 | | |  | | |  | |
| 抗HAV-IgM | | |  | | |  | |
| 抗HEV-IgG | | |  | | |  | |
| 其它 |  | | | | | | | |
| 检查结论：  主检医师签名： | | | | 健康检查机构意见：  （公章）  年 月 日 | | | | | |