陕西省申请认定教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 |  | | 出生 | | 年 月 日 | | | | | 一寸证件照片 |
| 身份证号 | |  | | | | | | | 民族 | |  | | 婚否 | |  |
| 联系电话 | |  | | | | 工作单位或  毕业学校 | | |  | | | | | | |
| 现住所及通讯处 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | 性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、  精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。）  确认签名： 日期：20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 眼 | | 视力 | | 左 | | | | | | | 辨色 | |  | | 医师签字 |
| 右 | | | | | | |
| 矫正视力 | | 左 | | | | | | | 其他眼病 | |  | |
| 右 | | | | | | |
| 耳 | | 听力 | | 左 米 | | | | 耳疾 | | |  | | | | 医师签字 |
| 右 米 | | | |
| 口鼻 | | 嗅觉 | |  | | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | |
| 口吃 | |  | | | 咽喉 | |  | | | | | |
| 唇颚 | |  | | | 门齿 | |  | | | | | |
| 颜面部 | | | |  | | | 其他 | |  | | | | | |
| 外科 | 身高 | | 公分 | | | | | 体重 | | 公斤 | | | | | | 医师签字 |
| 淋巴 | |  | | | | | 皮肤 | |  | | | | | |
| 四肢 | |  | | | | | 甲状腺 | |  | | | | | |
| 关节 | |  | | | | | 胸廓 | |  | | | | | |
| 外貌异常 | |  | | | | | 脊柱 | |  | | | | | |
| 平跖足 | |  | | | | | 其他 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 | 压 |  |  | 千帕 | | 毫米汞柱 | |  | 医师签字 |
| 心 率  （次）/分 | |  | | | | | | |
| 发育及营养状况 | |  | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | |  | | | | | | |
| 心 | 脏 |  | | | | | | |
| 腹部 B 超 | | 肝 |  | | | | | |
| 脾 |  | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | | |
| 其他 | |  | | | | | | |
| 心 电 图 | | |  | | | | | | | 医师签字 |
| 化验检查  （另附化验单） | | | 血液 |  | 化验员签字 | | 尿液 |  | | 化验员签字 |
| 申请幼儿教师资格 | | | 淋球菌梅 毒 | （另附化验单） | | 滴虫  外阴阴道念珠菌 | |  | | 医师签字 |
| 胸部 X 线 | | | （仅对出现呼吸系统疑似症状者加检） | | | | | | | 医师签字 |
| 体检结论 | | | （填写合格、不合格、受限结论，不合格和受限的须注明原因 。） | | | | | | | 负责医师签 字 |
| 体检医院意 见 | | |  |  |  | | 医院公章  20 年 | | 月 | 日 |

陕西省教育厅制

说明：（1）既往病史一栏，必须如实填写，在病名上划“√”，并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。（2）体检时须携带本人身份证，空腹到医院参加体检。（3）各种检验单随表粘贴。