定西市教师资格认定体检表

申请资格种类： 报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体检人基本信息 | 姓名 |  | | | 性别 | | |  | | 年龄 | |  | 1寸照片 |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | 1.肝炎🞎 2.结核 🞎 3.皮肤病 🞎 4.性传播性疾病🞎  5.精神病 🞎 6.其他🞎    受检者确认签字： | | | | | | | | | | |
| 体 检 项 目 | 眼科 | 裸眼视力 | 左： | | | 矫正视力 | | 左：矫正度数 | | | | | 医师意见：  签名： |
| 右： | | | 右：矫正度数 | | | | |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：（ ）  单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）  红（ ）黄（ ）绿（ ）紫（ ） | | | | | | | | | |
| 眼病 |  | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 米 | | | | | | 右耳 米 | | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅觉 |  | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | |  | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 |  | | | | | | | | 是否口吃 |  | 医师意见：  签名： |
| 牙齿 |  | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 |  | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 发育情况 | |  | | | 心脏及血管 | | |  | | |
| 呼吸系统 | |  | | | 神经及精神系统 | | |  | | |
| 腹部器官 | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体 检 项 目 | 外科 | 身高 | 厘米 | | 体重 | 千克 | | 颈部 |  | 医师意见：  签名： |
| 皮肤 |  | | 面部 |  | | 关节 |  |
| 脊柱 |  | | 四肢 |  | | | |
| 其他 |  | | | | | | |
| **仅限幼儿园教师资格（必查）** | 淋球菌 | |  | 梅毒螺旋体 | | |  | | 医师意见：  签名： |
| 滴虫 | |  | 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） | | |  | |
| 其他 | |  | | | | | |
| 胸部正位片 |  | | | | | 有无传染病 |  | | 医师意见：  签名： |
| 化验检查  （附化验单据） | 血常规 、肝功五项（谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项）、肾功三项、 血糖、类风湿因子 、尿常规 | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 体 检 医 院 结 论 | 体检医院公章 年 月 日 | | | | | | | | | |

说明：1.此表为定西市申请认定教师资格人员体检专用表(A4双面打印)；

2.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回资格证书；

3.主检医师填写“医师意见”为“合格或不合格”两种结论，简要说明原因并签名。体检单位填写“体检医院结论”并加盖公章，结论分别填写为“合格或不合格”。