**申请教师资格人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓  名 |   | 性 别 |   | 出 生 |       年   月   日 |  半身一寸脱帽照片（教师资格认定办公室章） |
| 身份证号 |   | 民 族 |   | 婚 否 |   |
| 联系电话 |   | 工作单位或毕业学校 |   |
| 现住所及通讯所 |   |
| 既往病史 | 心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、胃病等（                                                              ） |
| 以上由本人如实填写，学校及所在单位负责审核 |
| 五   官   科 | 眼 | 视力 | 左 | 色盲 |   | 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 |   | 其它 |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 |   |
| 妇科检查 |   | 医师签字  |
| 心 电 图 |   | 医师签字  |
| 胸部透视 |   | 医师签字  |
| 化验检查（另附外验单） | 肝功 |   | 血糖 |   | 化验员签字  |
| 申请幼儿园教师资格加测（另附化验单） | 淋球菌 |   | 梅毒螺旋体 |   | 化验员签字  |
| 滴虫 |   | 外阴道假丝酵母菌（念球菌） |   |
| 体检结论 | （填写合格、不合格两种结论，不合格的要注明原因。）    | 负责医师签    字 |
| 体检医院意    见 |                                             医院公章                                 20    年    月    日 |