附件2 **山东省申请教师资格人员体格检查表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 编 号 | |  | |  |  | | |  | | | | |  | | |  | |  | | |  | |  | | |  | |  | 一寸照片 |
| 姓 名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | 肝炎 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： | | | | | | | | | |
| 结核 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 皮肤病 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 性传播性疾病 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 精神病 | | | | |  | | | | | | | | | | | | 本人签名： | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | | | | 矫正视力 | | | | | | | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | 检查者 | | | | | 医师意见：  签名： |
| 左： | | | | 左：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（ ） 蓝（ ） 紫（ ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | |
| 眼病 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | / kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | 医师意见：  签名： |
| 发育情况 |  | | | | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | |  | | | | |
| 呼吸系统 |  | | | | | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | |  | | | | |
| 腹部器官 | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | |  | | | | | 检查者 | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听力 | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | |  | | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅觉 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | |  | | | |
| 耳鼻咽喉 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | | | | |  | | 医师意见：  签名： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸透 | 胸部透视 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | 签名： |
| 若胸透异常，则进行胸片检查 | | | | | | | | | 检查结果: | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | 签名： |
| 肝功 | 肝脏功能 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | 签名： |
| 若转氨酶异常，需进一步明确诊断 | | | | | | | | | | 检查结果： | | | | | | | | | | | 医师意见： | | | | | | | 签名： |
| 生殖科（仅限申请幼儿园教师资格认定人员） | | 淋球菌 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：  签名： |
| 梅毒螺旋体 | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 妇科 | 滴虫 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检  结论 | | 主检医师签名：  年 月 日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**说明**：1.“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，一经发现收回认定资格 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简要说明原因。

**附件3**

教师资格申请人思想品德鉴定表

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 申请人姓名： | | 性别： | 工作单位： | | | | | |
| 2 | 常住地址： | | | 邮编： | | | 电话： | | |
| 3 | 身份证号码： | | | 申请资格种类及学科： | | | | | |
| 4 | 工作、政治  思想表现 |  | | | | | | | |
| 5 | 热心社会公  益事业情况 |  | | | | | | | |
| 6 | 遵守社会  公德情况 |  | | | | | | | |
| 7 | 有无行政  处分记录 |  | | | | | | | |
| 8 | 有无犯罪  记 录 |  | | | | | | | |
| 9 | 其他需要  说明的情况 |  | | | | | | | |
| 10 | 鉴定单位  （全称） |  | | | | | | | |
| 11 | 鉴定单位  地 址 |  | | | 电话 |  | | 邮编 |  |
| （单位）填写人（签名）： 填写日期： 年 月 日  （加盖单位组织人事部门公章） | | | | | | | | | |

本表由中华人民共和国教育部监制

附：认定机关联系电话：

说明：1.表中第1—3栏由申请人填写；第4—11栏由申请人所在工作单位或者所在乡镇（街道）填写（其中第8栏也可以由公安派出所或警署填写）

2.“编号”由教师资格认定机关填写。

3.填写字迹应该端正、规范。

4.本表必须据实填写。