附件1：

|  |
| --- |
| **申请认定教师资格人员体检表** |
| **申请资格种类及学科： 体检日期： 年 月 日** |
| **姓 名** |  | **性 别** |  | **联系电话** |  | **照 片 体检单位骑缝章** |
| **通讯地址** |  |
| **身份证号码** |  | **民族** |  |
| **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.心脏病 7。癫痫** **受检者确认签字：**  |
| **（以上空白处由申请人如实填写）** |
| **外科** | **面 部** |  | **甲状腺** |  | **颈 部** |  |  **医生意见：****签名：** |
| **脊 柱** |  | **四肢关节** |  |
| **其 它** |  |
| **内科** | **血 压** |  **Kpa** | **心脏****及血管** |  |  **医生意见：****签名：** |
| **呼吸****系统** |  | **神经系统** |  |
| **腹部****器官** | **肝** |  | **脾** |  |
| **其 它** |  |
| **五官科** | **裸眼****视力** | **右** |  | **矫正****视力** | **右** |  | **矫正****度数** |  |  **医生意见：****签名：** |
| **左** |  | **左** |  | **矫正****度数** |  |
| **听 力** | **右 耳** |  | **左 耳** |  |
| **耳 疾** |  | **咽喉** |  |
| **鼻及****鼻窦** |  | **唇腭** |  |
| **其 它** |  |
| **B超** |  **医生签名** |
| **CR** |  **医生签名** |
| **心电图** |  **医生签名** |
| **化验检查****（附化验单）** | **化验项目：肝功、血糖、血常规、尿常规、肾功三项** |
| **体检结论** |  **主检医生签名 年 月 日**  |
| **体检医院意见** |  **体检医院盖章**  **年 月 日** |
| **1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写患病时间、治愈等情况，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.医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。** |