|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | | | |  | | | | 性别 |  | | 年龄 | |  | | 婚否 | |  | 民族 | |  | 照片 | |
|
| 既往病史 （此栏由本人如实填写） | | | | | | 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： . | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
| 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（ ）紫（ ） | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | |
|
|
|
|
|
| 眼病 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 耳鼻喉科 | 听力 | | | 左耳米 | | | | | | | | | 检查者： | | | | | | | | 医师意见：          签名： | |
| 右耳米 | | | | | | | | |
| 嗅觉 | | |  | | | | | | | | | 检查者： | | | | | | | |
|
|
|  | 耳鼻咽喉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |
| 口腔科 | 唇腭 | | |  | | | | | 口吃 | |  | | | | | | | | | | 医师意见：       签名： | |
| 牙齿 | | | （齿缺失） | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | | 身高厘米 体重千克 | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | | 医生意见：    签名： | |
|
| 皮肤 | | |  | | | | | | | 面部 | |  | | | | |
| 颈部 | | |  | | | | | | | 脊柱 | |  | | | | |
| 四肢 | | |  | | | | | | | 关节 | |  | | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内           科 | | 血压 ／ Kpa( ／ mmHg) | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者： | | | 医生意见：               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 厘米 性质 肾 . | | | | | | | | | | | |
|
| 脾 厘米 性质 . | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 化 验 检 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 | | | | |  | | | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) | | | | | |  | | |
| 胸 部 透 视 | |  | | | | | | | | | | 有 无 传 染 病 | |  | | | | | 医师意见：        签名： | | | | |
|
|
| 肝功及乙肝抗原检验结果（粘贴检验报告单）： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医师意见： 签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
| 县 级 以 上 体 检 医 院 结 论 | | | 根据国家教育部、卫生局、劳动人事部颁发的体检标准中有关体检规定，经体检 格。  主捡医师签名： 检查单位（盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
| **说明：**  **一、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。  二、此表系天水市秦州区申请教师资格人员体检专用表，其体检标准按国家教育部、卫生部、劳动人事部颁发的体检标准执行。申请认定幼儿园和小学教师资格的，按《中等师范学校招生体检标准》执行；申请认定初级中学、高级中学、中等职业学校及中等职业学校实习指导教师资格的，按照《高等师范学校招生体检标准》执行。其中申请幼儿园教师资格者还须按照《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》（教资字〔2010〕15号）要求，参加增加的体检项目且结论为合格。  三、各科检查者要认真填写各项检查记录并签名，各科负责医师填写本科“医师意见”栏并签名。由主检医师签名，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”。** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|

**天水市秦州区申请教师资格人员体 检 表**

**姓 名**

**工作单位**

**申请教师**

**资格种类**

**身份证号**

**天 水 市 秦 州 区 教 育 局**

**年 月 日**