|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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**