附件2:

**申请认定教师资格证人员体检表**

|  |
| --- |
| **指定体检医院名称： 体检日期： 年 月 日** |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生日期 |  | 照 片 体检单位骑缝章 |
| 工作单位 |  |
| 出生地 |  | 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.其他 受检者确认签字： |
| 外科 | 面 部 |  | 甲状腺 |  | 颈 部 |  | 医生签字 |
| 脊 柱 |  | 四肢关节 |  |
| 其 它 |  |
| 内科 | 血 压 |  Kpa | 心脏及血管 |  | 医生签字 |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  | 脾 |  |
| 其 它 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 矫正度数 |  | 医生签字 |
| 左 |  | 左 |  | 矫正度数 |  |
| 其 它 |  |
| 耳鼻喉科 | 听 力 | 右 耳 |  | 左耳 |  | 医生签字 |
| 耳 疾 |  | 咽 喉 |  |
| 鼻及鼻窦 |  |
| 其 它 |  |
| 口腔科 | 唇 腭 |  | 医生签字 |
| 其 它 |  |  |
| 胸部X光透视 |  | 医生签字 |
| B 超 |  | 医生签字 |
| 心电图 |  | 医生签字 |
| 化验单黏贴处 | 化验项目：肝功、血糖、血常规、尿常规 |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 化验结果 | 以下部分请在符合的项目上“√”表示 结果：1、合格2、不合格 医院负责人签字 体检医院盖章  填写日期： 年 月 日 |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 认定机构意见 |  认定机构盖章  填写日期： 年 月 日 |
|
|
|
|
|
|
|
| 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、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。 |