

四川省教师资格申请人员体格检查表

姓名		性别		出生 年月		婚否		(相片) 近期 2 寸 免冠彩照
文化 程度		民族		联系电话				
籍贯		现住址						

过去病史：

1.你是否患过下列疾病：患过 没有患过

1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 1.2 精神神经疾病

1.3 心脏血管疾病 1.4 消化系统疾病

1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 1.6 贫血及血液系统疾病

1.7 糖尿病及内分泌疾病 1.8 恶性肿瘤

1.9 其他慢性病

2.请详细写出所患疾病的病名及目前情况

3.你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷？

我特此申明保证：以上我所填写的内容正确无误。

签名

年 月 日

1.以上内容由受检者如实填写。

2.填表请用蓝或黑色钢笔，字迹清楚。

3.过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

查体部分：

一、内科

血压： _____ mmHg 心率： _____ 次/分

营养状况 _____

心脏及血管

呼吸系统

腹部器官

神经及精神

其它

医师签名 _____

二、外科

身高： _____ 公分 体重： _____ 公斤

浅表淋巴

脊柱

四肢

关节

平跖足

皮肤

颈部

外生殖器

其他

医师签名：

三、五官科：

1、眼：

裸眼视力：右 _____ 左 _____

矫正视力：右矫正度数 _____ 左矫正度数 _____

色觉检查：彩色图案及编码 单颜色识别：红、绿、紫、蓝、黄

2、耳：

听力：右 _____ 米 左 _____ 米

耳疾

3、鼻：

嗅觉：

鼻及鼻窦疾病

4、其他

外貌异常 _____

口吃 _____

医师签名: _____

化验检查

血常规小便常规

血糖: _____

总胆红素: _____

肝功: ALT _____

AST _____

总蛋白: _____

白蛋白: _____

两对半 _____

肾功: _____

尿素氮肌肝: _____

1、心电图

医师签名: _____

2、B超

医师签名: _____

3、胸部 X 光片

医师签名： _____

4、其他

医师签名：

体检结论：

负责医师签名： _____

体检医院意见：

体检医院盖章

年 月 日