附件2

|  |
| --- |
| 宁夏回族自治区申请教师资格人员体检表 |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  |  |
| 籍贯 |  | 申请资格种类 |  | 联系电话 |  | 相片 |
| 既 往 病 史（如有病史，请在项目前□内打√） |  |
|  请本人如实填写既往病史，如有隐瞒，由本人承担相应责任。 | □严重肠胃疾病 □恶性肿瘤 □癫 痫 □精神病 □癔 症 |
| □晚期血吸虫病 □红斑狼疮 □心脏病 □肺结核 □糖尿病  |
| □类风湿性关节炎 □淋病、梅毒、艾滋病等 |
| 本人签字： |  |  | □其他病史： |
| **以上栏目由申请人填写** |
| 五 官 科 | 裸眼视力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 医师意见： |
| 左 |  | 左 |  |  |
| 辨色力 |  | 眼病 |  | 签名： |
| 听力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 医师意见： |
| 耳疾 |  |  |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |  |
| 面部 |  | 咽喉 |  |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |  |
| 其他 |  | 签名： |
| 内 科 | 血压 |  | 心脏及血管 |  | 医师意见： |
| 呼吸系统 |  | 腹部器官 |  |  |
| 其他 |  | 签名： |
| 外 科 | 淋巴 |  | 脊柱 |  | 医师意见： |
| 四肢 |  | 关节 |  |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |  |
| 其他 |  | 签名： |
| B超检查 |  | 医师意见：  |
| 签名： |
| 放射科 |  | 医师意见：  |
| 签名： |
| 心电图 |  | 医师意见：  |
| 签名： |
| 肝功 |  | 医师意见：  |
| 签名： |
| 申请幼儿园教师资格体检项目增加 | 滴虫 | 念球菌 | 淋球菌 | 梅毒螺旋体 | 医师意见：  |
|  |  |  |  | 签名： |
| 体检结论 |  |
|  |
|  |
|  |
| 负责医生签名： |
| 体检医院 意见 |  |
|  |
|  |
|  |
| 体检负责人签名： |  |  | 体检医院公章 |  |
|  |  |  |  | 年 月 日 |