|  |
| --- |
| 附件1：抚州市申报认定教师资格人员体检表 |
|
| 姓名 |  | 出生年月 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 1.表格上本人基本信息填好2.本框内贴好与报名同底照片 |
| 籍贯 |  | 户籍所在地（毕业学校） |  | 联系电话 |  |
| 申报教师资格种类及学科 |  | 既往病史(本人如实填写） |  |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医生意见签名： |
| 左 | 左 | 左 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听力 | 右耳          米 |  | 左耳          米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面部 |  | 咽喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其它 |  |
| 外科 | 淋巴 |  | 脊柱 |  | 医生意见签名： |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其它 |  |
| 内科 | 营养状况 |  | 医生意见签名： |
| 血压 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其他 |  |
| 妇科检查 |  | 签名： |
| 胸部透视 |  | 签名： |
| 化验检查 |  | 签名： |
| 体检结论 |                                                              负责医师签字： |
| 体检医院意    见                                             体检医院公章：                                                             年       月        日 |

附件2：

申请幼儿园教师资格人员体检表（增加项目）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 照片 |
| 编号 |  | 民族 |  | 婚否 |  |
| 既往史 | 1. 肝炎     2.结核     3.皮肤病4.性传播性疾病   5.精神病   6.其他申请认定教师资格人员签字：             |
| 身份证号 |  |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） |  | 滴   虫 |  |
| 淋球菌 |  | 梅毒螺旋体 |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念球菌） |  | 其他 |  |
| 其他检查 |  |
| 检查结果 |  | 医生意见 |  |
| 医生签名：                         检查单位：体检日期：    年    月  日            （检查单位盖章）     |
| 备注：1.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。2.胸片检查只限于上岗前及上岗后出现呼吸系统疑似症状者。3.凡体检合格者，由健康检查单位签发健康合格证。 |