附件1

陕西省申请认定教师资格人员体检表

资格种类： 学科：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | | | | 性别 |  | | | | 出生 | | | 年 月 日 | | | | | | | | 免冠正面一寸  彩色白底证件  照片 | |
| 身份证号 | |  | | | | | | | | | | | | 民族 | | |  | | | 婚否 | | | |  |
| 联系电话 | |  | | | | | | | 工作单位或  毕业学校 | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 现住所及通讯处 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | 性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、  精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。）  确认签名： 日期：20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | | 视力 | | | 左 | | | | | | | | | | | | 辨色 | | |  | | | | 医师签字 | |
| 右 | | | | | | | | | | | |
| 矫正  视力 | | | 左 | | | | | | | | | | | | 其他  眼病 | | |  | | | |
| 右 | | | | | | | | | | | |
| 耳 | | 听力 | | | 左 米 | | | | | | | 耳疾 | | | | |  | | | | | | | 医师签字 | |
| 右 米 | | | | | | |
| 口鼻 | | 嗅觉 | | |  | | | | | 鼻及鼻窦 | | | | | | |  | | | | | | |
| 口吃 | | |  | | | | | 咽喉 | | | | |  | | | | | | | | |
| 唇颚 | | |  | | | | | 门齿 | | | | |  | | | | | | | | |
| 颜面部 | | | | |  | | | | | 其他 | | | | |  | | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | | 公分 | | | | | | | | 体重 | | | | | 公斤 | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 淋巴 | |  | | | | | | | | 皮肤 | | | | |  | | | | | | | | |
| 四肢 | |  | | | | | | | | 甲状腺 | | | | |  | | | | | | | | |
| 关节 | |  | | | | | | | | 胸廓 | | | | |  | | | | | | | | |
| 外貌  异常 | |  | | | | | | | | 脊柱 | | | | |  | | | | | | | | |
| 平跖足 | |  | | | | | | | | 其他 | | | | |  | | | | | | | | |
| 内  科 | | 血 压 | | | | 千帕 毫米汞柱 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 心 率  （次）/分 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 发育及营养  状况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肺及呼吸道 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心 脏 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部B超 | | | | 肝 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 脾 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心 电 图 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 化验检查  （另附化验单） | | | | | | 血液 | | |  | | | | 化验员签字 | | | | | | | 尿液 | | | |  | | | 化验员签字 | |
| 申请幼儿园  教师资格 | | | | | | 淋球菌  梅 毒 | | | （另附化验单） | | | | | | | 滴虫  外阴阴道念珠菌 | | | | | | |  | | | | 医师签字 | |
| 胸部X线 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 体检结论 | | | | | | （填写合格、不合格、受限结论，不合格和受限的须注明原因。） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 负责医师  签 字 | |
| 体检医院  意 见 | | | | | | 医院公章  20 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

陕西省教育厅 制

说明：（1）既往病史一栏，必须如实填写，在病名上划“√”，并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现取消教师资格。（2）体检时须携带本人身份证，在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求进行体检，造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。（3）各种检验单随表粘贴。

附件2：

体检事项温馨提示

1. 请体检人员按照体检安排的时间，于当天上午7:30-10:00之间到达体检医院进行体检。

二、体检前1周内请注意休息，切勿熬夜，饮食相对清淡，禁止饮酒。

三、体检前3天请避免高强度剧烈运动。

四、长期服用某些药物，如减肥类药品、中药制剂及抗生素类药物，建议提前15天停止服药。治疗其它疾病必须按时服药的考生，请在既往病史栏中详细填写服药名称及服药原因。

五、体检前日22：00时后禁止饮水进食，保持空腹状态。

六、由于化验项目须用早晨血液标本，故请体检者于早上10时前抽血。

七、近视或有其它眼疾的考生请佩戴自己适合眼镜，检查矫正视力。

八、请女性体检人，尽量穿裤装等方便体检检查的衣服，并尽量当天不要佩戴首饰。

九、因妊娠不能进行X光检查的体检申请人，需携带已经妊娠的相关检查证明，确认妊娠后，由医院工作人员签字确认予以免检。

十、体检结束后，申请人将体检表留在医院，由医院统一汇总上交。

十一、体检全程请佩戴口罩（不要带有呼吸阀的口罩），体检人请务必按照医院规定体检时间完成检查项目。

由于部分检查项目的异常结果尚不足以明确诊断，需要进一步检查来确认诊断，所以建议考生在体检后1周内不要外出，并保持通信畅通，以免错失复查机会。

附件3：

鄠邑区各体检医院联系方式

**一、西安市鄠邑区人民医院（亦名鄠邑区北关医院）**

联系电话：029-84819890

体检地址：西安市鄠邑区渼陂西路5号鄠邑区人民医院对面天使楼2楼。

区内公交车：909路，803路，913路，903路，912路，913路，鄠邑汽车南站-元村。

**二、西安市鄠邑区中医医院**

联系电话：029-81460682

体检地址：西安市鄠邑区草堂路304号鄠邑区中医医院门诊楼南4楼。

区内公交车：102路，801路，815路，816路，905路，915路，925路。