附件

福建省教师资格申请人员

体

检

表

|  |  |
| --- | --- |
| 福  建   省   教   育   厅 | 制 |
| 福建省卫生与计划生育委员会 |

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上贴近期二寸免冠照片一张。

4.本表第二页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | | | | 性 别 | | | |  | | | | 出生年月 | | | |  | | | 照  片 | | |
| 民 族 | |  | | | | 婚姻状况 | | | |  | | | | 籍 贯 | | | |  | | |
| 联系电话 | |  | | | | 通讯地址 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 申请资格  种类 | |  | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 请本人如实详细填写下列项目  （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 病名 | | | 有 | | 无 | | | 治愈时间 | | | 病名 | | | | | 有 | | | | 无 | | | 治愈时间 |
| 高血压病 | | |  | |  | | |  | | | 糖尿病 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 冠心病 | | |  | |  | | |  | | | 甲亢 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 风心病 | | |  | |  | | |  | | | 贫血 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 先心病 | | |  | |  | | |  | | | 癫痫 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 心肌病 | | |  | |  | | |  | | | 精神病 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 支气管扩张 | | |  | |  | | |  | | | 神经官能症 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 支气管哮喘 | | |  | |  | | |  | | | 吸毒史 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 肺气肿 | | |  | |  | | |  | | | 急慢性肝炎 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 消化性溃疡 | | |  | |  | | |  | | | 结核病 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 肝硬化 | | |  | |  | | |  | | | 性传播疾病 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 胰腺疾病 | | |  | |  | | |  | | | 恶性肿瘤 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 急慢性肾炎 | | |  | |  | | |  | | | 手术史 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 肾功能不全 | | |  | |  | | |  | | | 严重外伤史 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 结缔组织病 | | |  | |  | | |  | | | 其他 | | | | |  | | | |  | | |  |
| 备 注： | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：  体检日期：           年       月      日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 身高 | 厘米 | | | | | | 体重 | | 公斤 | | | | | | 血压 | | | | /      mmHg | | | | |
| 内  科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏 | | | 心界  杂音 | | | | | | | | | 心率         次/分   律 | | | | | | | | | | |
| 肺 | | |  | | | | | | | | | 腹部 | | | |  | | | | | | |
| 肝 | | |  | | | | | | | | | 神经系统 | | | |  | | | | | | |
| 脾 | | |  | | | | | | | | | 其他 | | | |  | | | | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  | |
| 外  科 | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 皮肤 | | |  | | | | | | | | | 浅表  淋巴结 | | | |  | | | | | | |
| 头颅 | | |  | | | | | | | | | 甲状腺 | | | |  | | | | | | |
| 乳腺 | | |  | | | | | | | | | 脊柱  四肢关节 | | | |  | | | | | | |
| 肛门  外生殖器 | | |  | | | | | | | | | 其他 | | | |  | | | | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  | |
| 眼  科 | 裸眼  视力 | | | 右 | | | | | 矫正  视力 | | | 右 | | | | | 医师签字 | | | | |  | |
| 左 | | | | | 左 | | | | |
| 色觉 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其他 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 建议 | | |  | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | | | | |  | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 耳鼻喉科 | 听力 | | 左耳  右耳 | | | 嗅觉 |  | |
| 外耳 | |  | | | 鼻 |  | |
| 鼻咽 | |  | | | 口咽 |  | |
| 喉咽 | |  | | | 其他 |  | |
| 建议 | |  | | | | 医师签字 |  |
| 口腔科 | 唇腭 | |  | | 舌 | |  | |
| 龋齿 | |  | | 口吃 | |  | |
| 口腔  粘膜 | |  | | 其他 | |  | |
| 建议 | |  | | | | 医师签字 |  |
| 妇  科 | 病史:  初潮        周期        量（多、中、少）末次月经        绝经年龄      岁  结婚年龄：         孕     产           末产          年        月  难产：                                 手术史： | | | | | | | |
| 内  诊 | 外阴 | | 阴道                分泌物 | | | | |
| 宫颈：大小（正常、肥大、萎缩） 糜烂（无、轻、中、重） 质地（软、中、硬） | | | | | | |
| 宫体：      位          大小            活动          质地（软、中、硬） | | | | | | |
| 附件：正常              压痛（左右）    增厚（左右） 肿物 | | | | | | |
| 刮片：                                        初诊 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 心  电  图 | | 建议：                               医师签字： | |  |
| 胸  部  X  光  片 | | 建议：                               医师签字： | |  |
|  | 腹  部  B  超  检  查 | | 建议：                               医师签字： | |
|  | 体  检  结  论  及  建  议 | |  | |
|  | 体检医院签章处  主检医师签字：                          年        月        日 | |
|  |  |  |  |  |

注：对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。

检 验 项 目

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 血  常  规 | 白细胞总数（WBC）及分类 | 血红蛋白（HGB） |
| 红细胞总数（RBC） | 血小板计数（PLT） |
| 血  生  化 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | 尿素氮（BUN） |
| 天冬氨酸氨基转移酶（AST） | 肌酐（CR） |
| 葡萄糖（GLU） |  |
| 免  疫 | 艾滋病病毒抗体（抗HIV） | 梅毒血清特异性抗体（TPHA） |
| 尿  常  规 | 糖（GLU） | 蛋白质（PRO） |
| 胆红素（TBIL） | 尿胆原（URO） |
| 比重（SG） | 红细胞（BLO） |
| 酸碱度（PH） | 白细胞（LEU） |
| 镜检 |  |
| 其他 |  | |