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

1.为了您的健康，敬请体检时详细告知医生既往病史，以便医生详查、对比观察。

2.为了提高诊断正确率，体检当日须空腹。抽血及B超检查完成后，请到本体检中心配餐室就餐。

3.女性体检勿化妆，勿穿连衣裙、裤连袜。例假期间不宜行妇检、尿常规。未婚女子不宜行妇检。做宫颈涂片者采样前3天内不使用阴道内药物，不冲洗阴道；采样前24小时内不应有性行为。

4.体检前一天避免过度劳累，饮食以清淡为主。忌酒，禁食血制品及含铁量过大的食物。凡肝胆彩超、B超检查者，检查前一天晚餐忌油腻食物，20:00以后不再进餐。胃钡透、胃镜检查前须绝对禁食、禁饮。

5．糖尿病、高血压、心脏病、哮喘等患者，请将平日服用药物携带备用，体检前不要贸然停药。对慢性病患者如高血压应进行常规服药，以便于体检医生对目前的降压方案进行评价。糖尿病患者或其他慢性病患者，应在采血后及时服药，不可因体检耽误常规治疗。

6. 凡彩超、B超检查子宫、双附件、膀胱、前列腺者请留晨尿或于抽血后饮水憋尿，以便检查。尿常规（经期不宜）应在彩超、B超检查结束后进行，排尿后方可进行妇科检查。

7.做放射线检查时，宜穿棉布内衣，勿穿带有金属类饰物的衣服、文胸，须摘去项链、别针等饰物。孕妇及放射线禁忌者不宜进行X线检查。

8.受检者应核对本人信息，各种化验单和检查项目是否齐全并妥善保管好自己的体检资料。

9. 医生只对已做的体检项目负责，由于体检项目是选择性的，可能不能全面地评估受验者的健康状况，因此，必要时需要补做其它的项目，以增加评估的依据。在体检时查出有异常的受检者，可依所留电话向相关专科的医师咨询。

10. 体检请按安排时间完成，以便资料统计，完成总检，及时向您出报告书。

11.团体体检报告书由单位统一领取；个人体检报告书完成后由个人自行领取。

12.如有些项目不检，请告知总台护士并做好弃检签名，以便及时给您出报告。

13.体检者要携带身份证，疫情期间请带好口罩，配合工作人员做好测量体温和健康码流行病学史登记，有序按规定排队进行，不聚集。

14.体检时间：周一至周六每天上午8:00—12:00，单位团检请提前做好安排分时段批次来检，抽血时间截至9:30。为了体检顺利进行，请提前打电话到体检中心预约（电话0595-27000073）

永春县医院体检中心

|  |  |
| --- | --- |
| **腹**  **部**  **B**  **超**  **检**  **查** | **建议：医师签字：** |
| **体**  **检**  **结**  **论**  **及**  **建**  **议** | **根据《福建省教师资格申请人员体检标准》，体检结论属于：** |
| **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。

|  |  |
| --- | --- |
| **心**  **电**  **图** | **建议： 医师签字：** |
| **胸**  **部**  **X**  **光**  **片** | **建议： 医师签字：** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | | **性别** | |  | **出生年月** | |  | |  | |
| **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** | | | | | | | **耳部** | | | | |  | | | |
| **鼻部** | |  | | | | | | | **咽部** | | | | |  | | | |
| **喉部** | |  | | | | | | | **嗅觉** | | | | |  | | | |
| **其他** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **建议** | |  | | | | | | | | | **医师签字** | | | |  | | |
| **口**  **腔**  **科** | | **唇腭舌** | |  | | | | | | | **牙齿** | | | | |  | | | |
| **是否**  **口吃** | |  | | | | | | | **发音是否**  **嘶哑** | | | | |  | | | |
| **其他** | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **建议** | |  | | | | | | | | | **医师签字** | | | |  | | |
| **妇科检查** | |  | | | | | | | | | | | **医师签字** | | | |  | | |
| **申请幼儿教师资格**  **加测** | | **淋球菌** | | | | |  | | | | | | **医师签字** | | | |  | | |
| **梅毒螺旋体** | | | | |  | | | | | |
| **妇科** | **滴虫** | | | |  | | | | | |
| **念球菌** | | | |  | | | | | |