五原县教育局2021年秋季教师资格认定

**体　格　检　查　表**

五原县教育局监制

**填表说明：此表正反面打印。**

**体检的结论分合格、不合格两种，凡有下列情况之一者，均为体检不合格。**

1．患先天性心脏病者（经手术治愈者除外）、患频发性前期收缩者，患心肌病及其他器质性心脏病者。

2．血压超过18.66/12kpa（140/90毫米汞柱），低于11.46/7.46kpa（86/56毫米汞柱）；单项收缩压超过21.33kpa（160毫米汞柱），低于10.66kpa（80毫米汞柱）；舒张压超过12kpa（90毫米汞柱），低于6.66kpa（50毫米汞柱）；使用降压药物后无治疗效果者。

3．结核病患者，但下列人员除外：

患原发性肺结核、浸润肺结核，已硬结稳定者。患结核性胸膜炎已治愈，或治愈后遗有胸膜肥厚者。

患肺外结核（肾结核、骨结核、腹膜结核等）、血行播散型肺结核治愈两年以上经医院（或结核病防治所）专科检查无变化者。

患淋巴腺结核已临床治愈无症状者。

4．患支气管扩张病者。或幼年时患过支气管哮喘病，之后仍复发者。

5．患慢性肝炎且肝功能不正常者（肝原病原携带者，但肝功能正常者除外）。

6．患各种恶性肿瘤、各种结缔组织疾病（胶原疾病）、内分泌系统疾病（如糖尿病、尿崩病，肢端肥大症等）者。患血液病者（单纯缺铁性贫血除外）。患慢性肾炎者，或患急性肾炎治愈不足两年者。

7．有癫痫病史、精神病史、癔病史、夜游症者。

8．肺切除超过一叶、肺不张一叶以上者。

9．患类风湿性脊柱强直病者，患慢性骨髓炎者。

10．患青光眼及视网膜、视神经疾病者（陈旧性或稳定性眼底病除外）。

11．两上肢或两下肢不能运用者。

12．两耳听力均在3米以内，或一耳听力在5米以内、另一耳全聋，或双耳全聋者（拟从事特殊教育的人员可视具体情况除外）。

13．屈光不正（近视眼或远视眼），镜尺度数大于800度，或单盲、双盲者（拟从事特殊教育的人员可视具体情况除外）。

14．口腔有生理缺陷或因耳鼻喉科疾病妨碍发音者（拟从事特殊教育的人员可视具体情况除外）。

15．面部有较大面积疤、麻、血管瘤或白癜风、黑色素痣等。

16．除以上各项外，有其他影响健康和教学工作的疾病者。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 出生年月 |  | **一寸白底彩照（须与申报照片一致）请粘贴电子照片后打印** |
| 婚姻 |  | 民族 |  | 籍贯 |  |
| 文化程度 |  | 职业 |  | 专业 |  |
| 工作单位 |  | 联系电话 |  |
| 身份证号 |  |
| 既往病史（在每一项目后面打“√”回答“有”或“无”） |
| 请本人如实提供病史，如隐瞒严重疾病，后果自负。受检者签字： | 精神病　　　　有□　无□　　　高血压　　　　　　有□　无□癫痫病　　　　有□　无□　　　心脏病　　　　　　有□　无□癔症　　　　　有□　无□　　　脑中风　　　　　　有□　无□病毒性肝炎　　有□　无□　　　糖尿病　　　　　　有□　无□结核　　　　　有□　无□　　　肾炎　　　　　　　有□　无□性病　　　　　有□　无□　　　慢性肾功能衰竭　　有□　无□恶性肿瘤　　　有□　无□　　　血液病　　　　　　有□　无□其他病史　　　有□　无□ |
| 内科 | 血压 | 　　　　　　mmHg | 肝 |  | 医师意见：签名： |
| 心脏 |  | 脾 |  |
| 肺 |  | 其他 |  |
| 神经系统 |  |  |  |
| 外科 | 身高 | 　　　　　　厘米 | 体重 | 　　　　　　公斤 | 医师意见：签名： |
| 皮肤 |  | 甲状腺 |  |
| 淋巴结 |  | 乳腺 |  |
| 脊柱 |  | 四肢关节 |  |
| 肛门、生殖器 |  | 其他 |  |
| 化验单粘贴处 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 色觉 |  | 医师意见：签名： |
| 左 | 左 |  |
| 眼底 |  |
| 其他眼病 |  |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳（耳语）　　米 | 嗅觉 |  | 医师意见：签名： |
| 右耳（耳语）　　米 |
| 耳鼻咽喉 |  | 其他 |  |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 口吃 |  | 医师意见：签名： |
| 舌 |  | 牙齿及牙周粘膜 |  |
| 其他 |  |
| 化验 | 全血细胞分析　尿十项　镜检 | 血糖（GLU） |
| 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | 肌酐（CR） |
| 天冬氨酸氨基转移酶（AST） | 尿素氮（BUN） |
| 心电图 | 建议：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医师签名： |
| 放射科 | 建议：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医师签名： |
| B超检查 | 建议：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医师签名： |
| 体检结果及建议 | 建议：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医师签名： |
| 体检结论 | 主检医师签字：　　　　　　　　　　　　　　　　　　体检医院公章：年　　　月　　　日 |

**注：此表正反面打印（体检结论中须由主检医师注明是否符合教师资格认定条件）**