附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **申请认定教师资格人员体检表** | | | | | | | | | | | | | |
| **申请资格种类及学科： 体检日期： 年 月 日** | | | | | | | | | | | | | |
| **姓 名** | | | |  | | **性 别** |  | **联系电话** |  | | | | **照 片 体检单位骑缝章** |
| **通讯地址** | | | |  | | | | | | | | |
| **身份证号码** | | | |  | | | | | | **民族** |  | |
| **既往病史** | | | | **1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4. 性传播性疾病**  **5. 精神病 6.心脏病 7。癫痫**  **受检者确认签字：** | | | | | | | | |
| **（以上空白处由申请人如实填写）** | | | | | | | | | | | | | |
| **外科** | | **面 部** | |  | | **甲状腺** |  | | **颈 部** |  | | | **医生意见：**  **签名：** |
| **脊 柱** | |  | | | | **四肢关节** |  | | | |
| **其 它** | |  | | | | | | | | |
| **内科** | | **血 压** | | **Kpa** | | | **心脏**  **及血管** | |  | | | | **医生意见：**  **签名：** |
| **呼吸**  **系统** | |  | | | **神经系统** | |  | | | |
| **腹部**  **器官** | | **肝** | |  | | **脾** |  | | | |
| **其 它** | |  | | | | | | | | |
| **五官科** | | **裸眼**  **视力** | **右** | | |  | **矫正**  **视力** | **右** |  | **矫正**  **度数** | |  | **医生意见：**  **签名：** |
| **左** | | |  | **左** |  | **矫正**  **度数** | |  |
| **听 力** | **右 耳** | | |  | | **左 耳** |  | | | |
| **耳 疾** |  | | | | **咽喉** |  | | | | |
| **鼻及**  **鼻窦** |  | | | | **唇腭** |  | | | | |
| **其 它** |  | | | | | | | | | |
| **胸部透视** | | | | **医生签名** | | | | | | | | | |
| **CR** | | | | **医生签名** | | | | | | | | | |
| **心电图** | | | | **医生签名** | | | | | | | | | |
| **化验检查**  **（附化验单）** | | | | **化验项目：肝功、血糖、血常规、尿常规、肾功三项** | | | | | | | | | |
| **体检结论** | | | | **主检医生签名 年 月 日** | | | | | | | | | |
| **体检医院意见** | | | | **体检医院盖章**    **年 月 日** | | | | | | | | | |
| **1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写患病时间、治愈等情况，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。**  **2.医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。** | | | | | | | | | | | | | |