

四川省教师资格申请人员体格检查表

1、心电图

医师签名: _____

2、B超

医师签名: _____

3、胸部 X 光片

医师签名: _____

4、其他

医师签名: _____

体检结论:

负责医师签名: _____

体检医院意见:

体检医院盖章

年 月 日

| | | | | | | | | |
|------|--|-----|--|------|--|----|--|------------------------|
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 婚否 | | (相片) 近期 2 寸免 冠彩照 |
| 文化程度 | | 民族 | | 联系电话 | | | | |
| 籍贯 | | 现住址 | | | | | | |

过去病史:

1. 你是否患过下列疾病: 患过 没有患过

| | |
|---|--|
| 1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/> | 1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/> |
| 1.3 心脏血管疾病 <input type="checkbox"/> | 1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/> |
| 1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/> | 1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/> |
| 1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/> | 1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/> |
| 1.9 其他慢性病 <input type="checkbox"/> | |

2. 请详细写出所患疾病的病名及目前情况

3. 你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷?

我特此申明保证: 以上我所填写的内容正确无误。

签名
年 月 日

1. 以上内容由受检者如实填写。
2. 填表请用蓝或黑色钢笔, 字迹清楚。
3. 过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

查体部分:

一、内科

血压: _____ mmHg 心率: _____ 次/分

营养状况

心脏及血管

呼吸系统

腹部器官

神经及精神

其它

医师签名: _____

二、外科

身高: _____ 公分 体重: _____ 公斤

浅表淋巴

脊柱

四肢

关节

平趾足

皮肤

颈部

外生殖器

其他

医师签名: _____

三、五官科:

1、眼:

裸眼视力: 右 _____ 左 _____

矫正视力: 右矫正度数 _____ 左矫正度数 _____

色觉检查: 彩色图案及编码 单颜色识别: 红、绿、紫、蓝、黄

2、耳:

听力: 右 _____ 米 左 _____ 米

耳疾

3、鼻:

嗅觉:

鼻及鼻窦疾病

4、其他

外貌异常 _____ 口吃 _____

医师签名: _____

化验检查

血常规小便常规

血糖: _____ 总胆红素: _____

肝功: ALT _____ AST _____

总蛋白: _____ 白蛋白: _____

肾功: _____ 尿素氮肌肝: _____