

附件 1

# 陕西省申请认定教师资格人员体检表

资格种类：\_\_\_\_\_ 学科：\_\_\_\_\_

|         |          |                                                                        |     |     |          |             |                        |  |
|---------|----------|------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|-------------|------------------------|--|
| 姓 名     |          | 性别                                                                     |     | 出生  | 年 月 日    |             | 免冠正面一寸<br>彩色白底证件<br>照片 |  |
| 身份证号    |          |                                                                        |     | 民族  |          | 婚否          |                        |  |
| 联系电话    |          | 工作单位或<br>毕业学校                                                          |     |     |          |             |                        |  |
| 现住所及通讯处 |          |                                                                        |     |     |          |             |                        |  |
| 既往病史    |          | 性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、<br>精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。） |     |     |          |             |                        |  |
|         |          | 确认签名：                                                                  |     |     |          | 日期：20 年 月 日 |                        |  |
| 五官科     | 眼        | 视力                                                                     | 左   |     | 辨色       |             | 医师签字                   |  |
|         |          |                                                                        | 右   |     |          |             |                        |  |
|         |          | 矫正<br>视力                                                               | 左   |     | 其他<br>眼病 |             |                        |  |
|         |          |                                                                        | 右   |     |          |             |                        |  |
|         | 耳        | 听力                                                                     | 左 米 |     | 耳疾       |             | 医师签字                   |  |
|         |          |                                                                        | 右 米 |     |          |             |                        |  |
|         | 口鼻       | 嗅觉                                                                     |     |     | 鼻及鼻窦     |             |                        |  |
|         |          | 口吃                                                                     |     |     | 咽喉       |             |                        |  |
|         |          | 唇颚                                                                     |     |     | 门齿       |             |                        |  |
|         | 颜面部      |                                                                        |     |     | 其他       |             |                        |  |
| 外科      | 身高       | 公分                                                                     |     | 体重  | 公斤       |             | 医师签字                   |  |
|         | 淋巴       |                                                                        |     | 皮肤  |          |             |                        |  |
|         | 四肢       |                                                                        |     | 甲状腺 |          |             |                        |  |
|         | 关节       |                                                                        |     | 胸廓  |          |             |                        |  |
|         | 外貌<br>异常 |                                                                        |     | 脊柱  |          |             |                        |  |

|                 |                                                                                                      |         |               |      |  |             |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------|------|--|-------------|
|                 | 平跖足                                                                                                  |         | 其他            |      |  |             |
| 内科              | 血 压                                                                                                  | 千帕      |               | 毫米汞柱 |  | 医师签字        |
|                 | 心 率<br>(次) /分                                                                                        |         |               |      |  |             |
|                 | 发育及营养<br>状况                                                                                          |         |               |      |  |             |
|                 | 肺及呼吸道                                                                                                |         |               |      |  |             |
|                 | 心 脏                                                                                                  |         |               |      |  |             |
|                 | 腹部 B 超                                                                                               | 肝       |               |      |  |             |
|                 |                                                                                                      | 脾       |               |      |  |             |
|                 | 神经及精神                                                                                                |         |               |      |  |             |
|                 | 其他                                                                                                   |         |               |      |  |             |
| 心 电 图           |                                                                                                      |         |               |      |  | 医师签字        |
| 化验检查<br>(另附化验单) | 血液                                                                                                   |         | 化验员签字         | 尿液   |  | 化验员签字       |
| 申请幼儿园<br>教师资格   | 淋球菌<br>梅毒                                                                                            | (另附化验单) | 滴虫<br>外阴阴道念珠菌 |      |  | 医师签字        |
| 胸部 X 线          |                                                                                                      |         |               |      |  | 医师签字        |
| 体检结论            | (填写合格、不合格、受限结论, 不合格和受限的须注明原因)                                                                        |         |               |      |  | 负责医师<br>签 字 |
| 体检医院<br>意 见     | <div style="text-align: right;">           医院公章<br/><br/>           20    年    月    日         </div> |         |               |      |  |             |

陕西省教育厅 制

**说明:** (1) 既往病史一栏, 必须如实填写, 在病名上划“√”, 并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现取消教师资格。(2) 体检时须携带本人身份证, 在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求进行体检, 造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。(3) 各种检验单随表粘贴。