

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 彩色白底证件 照片	
身份证号				民族		婚否		
联系电话		工作单位或 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、 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 视力	左		其他 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 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 (次) /分					
	发育及营养 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 (另附化验单)	血液		化验员签字	尿液		化验员签字
申请幼儿园 教师资格	淋球菌 梅 毒	(另附化验单)	滴虫 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 签 字
体检医院 意 见	医院公章 20 年 月 日					

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。