

## 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				
	唇颤		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件, 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。