

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 | <div style="text-align: right;">医院公章</div> <div style="text-align: right;">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。