附件2

重庆市教师资格申请人员体检表

申请认定区县（确认点）： 申请资格种类

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |   | 性别 |   | 年龄 |   | 民族 |   | 贴相片处 |
| 籍 贯 |   | 婚否 |   | 身份证号码 |  |
| 通讯地址 |   | 联系电话 |   |
| 既往病史（项目见说明） |     本人签名：  |
| (以上空白处由申请人如实填写) |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右  | 矫正度数 | 右 | 医师意见:  签名: |
| 左 | 左  | 左 |
| 辨色力 |   | 其他眼病 |   |
| 听力 | 左耳 　　　米 | 　右耳 　　 米 |
| 鼻 | 嗅觉 |   | 鼻及鼻窦 |   |
| 面部 |   | 咽喉 |   |
| 口腔唇腭 |   | 齿 |   |
| 其他 |   |
| 外科 | 身高 |  厘米 | 体重 |  　 千克 | 医师意见:  签名: |
| 淋巴 |   | 脊柱 |   |
| 四肢 |   | 关节 |   |
| 皮肤 |   | 颈部 |   |
| 其他 |   |
| 内科 | 血压 |   | 医师意见:    签名: |
| 营养状况 |   |
| 心脏及血管 |   |
| 呼吸系统 |   |
| 神经系统 |   |
| 腹部器官 | 肝 |   |
| 脾 |   |
| 其他 |   |
| 妇科检查 |  | 医师意见：签名： |
| 申请幼儿教师资格加测 | 淋球菌 |  | 医师意见：签名：  |
| 梅毒螺旋体 |  |
| 妇科 | 滴虫 |  |
| 念球菌 |  |
| 胸部X线检查 |  医师签名: |
| 心 电 图 |  医师签名: |
| 化验检查（另附化验单） | 血常规、血生化、免疫检查 |  | 化验员签字： |
| 尿常规 |  | 化验员签字： |
| 体检结论 |  主检医生签名: 年 月 日 |
| 体检医院意 见  |   体检医院 盖章 年 月 日 |

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病毒品、药物滥用、精神活性物质依赖等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。