附件

**青海省申请认定教师资格人员体格检查表**

申请教师资格种类： 所在单位：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年 龄 |  | 性别 |  | | | 婚否 | |  | 民族 | |  | 相  片 |
| 既 往 病 史  （此栏由申请人如实填写） | | |  | | | | | | | | | | | |
| **以上栏目由申请人填写** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |  | | | | 眼病 | | | |  | | | |
| 听力 | | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | 医师意见  签名 |
| 耳 疾 | |  | | | | | | | | | | | |
| 鼻 | | 嗅 觉 | |  | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | | 医师意见  签名 |
| 面部 | |  | | | | 咽喉 | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | 齿 | | | |  | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | 医师签名 |
| 外  科 | 身高 | | 公分 | | | | | 体重 | | | 公斤 | | | | 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： |
| 心脏及血管管 | |  | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | |
| 腹部器官  （B超） | | 肝 厘米 性质 左肾    脾 厘米 性质 右肾 | | | |
| 神经系统 | |  | | | |
| 其他 | |  | | | |
| 胸部透视 | |  | | | | | 医师签名： |
| 肝功结论 | |  | | | | | 医师签名： |
| 化验检查  （申请幼儿园教师资格者） | | 淋球菌 | |  | 梅毒螺旋体 | 其 他 | 医师意见  签名： |
| 滴虫  （女性） | |  | 念球菌  （女性） |  |
| 体检结论 | | 根据《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）及《托儿所幼儿园卫生保健管理办法》（卫生部 教育部令第76号）规定的标准和要求，  经体格检查属于 格。  负责医师签字: | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | 体检医院公章  年 月 日 | | | | | |

说明：1.即往病史指心脏病、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。

2.参加体检者，检查当日须空腹。

3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。