附件1 ：

湖北省幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | |  | 年龄 | |  | | 性别 |  | | | 婚否 |  | | | 民族 | |  | 一寸照片 |
| 籍贯 | |  | 工作  单位 | |  | | | | | | 联系  电话 |  | | | | | |
| 既往病史  本人如实填实 | | | 1、肝炎 2、结核 3、皮肤病 4、性传播性疾病  5、精神病 6、其它  受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 裸眼  视力 | | 右 | | | 矫正  视力 | | | 右 | | | | 矫正  度数 | | | 右 | | 签名： |
| 左 | | | 左 | | | | 左 | |
| 辩色力 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 听力 | | 左耳 米 | | | | | | | 右耳 米 | | | | | | | | 医师意见：  签名 |
| 鼻 | | 嗅觉 |  | | | | | | 鼻及鼻窦 | | | |  | | | |
| 面部 | |  | | | | | | | 咽喉 | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | | | 牙齿 | | | |  | | | | 医师意见：  签名 |
| 是否口吃 | |  | | | | | | | 发音是否嘶哑 | | | |  | | | |
| 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 | | | |  | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 营养状况 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名 |
| 血压 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 神经及精神 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 化  验  检  查 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | |  | | | | | | | 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） | | | |  | | | | 签名 |
| 淋球菌 | |  | | | | | | | 滴虫 | | | |  | | | |
| 梅毒螺旋休 | |  | | | | | | | 其它 | | | |  | | | |
| 心电图检查 | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | 签名 |
| 胸部透视 | | |  | | | | | | |  | | | |  | | | | 签名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 粘 贴 报 告 单 | |
| 体  检  结  论 | 负责医师签名： |
| 体  检  意  见 | 体检医院公章  年 月 日 |

说明：1、“既往病史”一栏，申请人必须如实填实，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格；2、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3、体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。