附件3：

金昌市申请教师资格人员体检表

姓 名

工作单位

申请教师资格种类

身份证号

金 昌 市 教 育 局 制

年 月 日

体检表填写说明

一、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。  
 二、此表系金昌市申请教师资格人员体检专用表，其体检标准按国家教育部、卫生部、劳动人事部颁发的体检标准执行。申请认定幼儿园和小学教师资格的，按《中等师范学校招生体检标准》执行；申请认定初级中学、高级中学、中等职业学校及中等职业学校实习指导教师资格的，按照《高等师范学校招生体检标准》执行。  
 三、各科检查者要认真填写各项检查记录并签名，各科负责医师填写本科“医师意见”栏并签名。由主检医师签名，体检单位填写“体检医院结论”并加盖公章，结论分别填写为“合格”或“不合格”。  
 四、本体检表有效期两年，过期作废。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 照片 |
|
| 既往病史 （此栏由本人如实填写） | | | | 1、肝炎 2、结核 3、皮肤病 4、性传播性疾病   5、精神病 6、其他   受检者确认签字： . | | | | | | | | |
|
|
|
| 眼       科 | 裸 眼 视 力 | | 右 |  | | 矫 正 视 力 | 右 矫正度数 | | | | 检查者： | | 医师意见：            签名： |
|
| 左 |  | | 左 矫正度数 | | | |
|
| 色觉检查 | | 彩色图案及彩色数码检查：     色觉检查图名称：（ ）     单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）    红（ ） 黄（ ）  绿（ ） 紫（ ） | | | | | | | | 检查者： | |
|
|
|
|
|
| 眼病 | |  | | | | | | | | | |
|
| 耳鼻喉科 | 听力 | | 左耳 米 | | | | | 检查者： | | | | | 医师意见：          签名： |
| 右耳 米 | | | | |
| 嗅觉 | |  | | | | | 检查者： | | | | |
|
|
|  | 耳鼻咽喉 | |  | | | | | | | | | |
|  |
| 口  腔  科 | 唇腭 | |  | | | 口吃 |  | | | | | | 医师意见：       签名： |
| 牙齿 | | （齿缺失 ） | | | | | | | | | |
| 其它 | |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 外    科 | 身高厘米 体重千克 | | | | | | | | 检查者： | 医生意见：    签名： |
|
| 皮肤 | |  | | | 面部 |  | |
| 颈部 | |  | | | 脊柱 |  | |
| 四肢 | |  | | | 关节 |  | |
| 其他 | |  | | | | | |
| 内           科 | 血压 ／ Kpa( ／ mmHg) | | | | | | | | 检查者： | 医生意见：               签名： |
|
| 发育情况 | | |  | | | | |
|
| 心脏及血管 | | |  | | | | |
|
| 呼吸系统 | | |  | | | | |
|
| 神经及精神系统 | | |  | | | | |
|
| 腹部器官 | | | 肝 厘米 性质 肾 . | | | | |
|
| 脾 厘米 性质 . | | | | |
| 其他 | | |  | | | | |
| 化 验 检 查 | 淋球菌 | | |  | 梅毒螺旋体 | | |  | 医师意见：  签名： | |
|
| 滴虫 | | |  | 外阴阴道假丝酵母菌 （念珠菌） | | |  |
|
| 其他 | | |  | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) | | |  |
| 胸 部 透 视 |  | | | | | 有 无 传 染 病 |  | | 医师意见：  签名： | |
|
|
| 肝功及乙肝抗原检验结果（粘贴检验报告单）：  医师意见： 签名： | | | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|
|
|
| 县 级 以 上 体 检 医 院 结 论 | | 根据国家教育部、卫健委员、人社部部颁发的体检标准中有关师范  院校招生体检规定，经体检 格。  主捡医师签名： 检查单位（盖章） 年 月 | | | | | | | | | |
|
|
|
|
|