兰州市教师资格认定体检表

申请资格种类： 网上报名号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体检人基本信息 | 姓名 |  | | | 性别 | | | |  | | 年龄 | |  | 1寸照片 |
| 身份证号 |  | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | 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： | | | | | | | | | | | |
| 体 检 项 目 | 眼科 | 裸眼视力 | 左： | | | | 矫正视力 | | 左：矫正度数 | | | | 检查者： | 医师意见：  签名： |
| 右： | | | | 右：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 | | | | | 右耳 米 | | | | | 检查者： | 医师意见：  签名： |
| 嗅觉 |  | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | |  | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 |  | | | | | | | | | 是否口吃 |  | 医师意见：  签名： |
| 牙齿 |  | | | | | | | | |
| 其它 |  | | | | | | | | | |  |
| 内科 | 血压 | / mmHg | | | | | | | | | | 检查者： | 医师意见：  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 脾 肾 | | | | | | | | | 检查者： |
| 其他 |  | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 体 检 项 目 | 外科 | 身高 | 厘米 | | 体重 | 千克 | | 颈部 |  | 医师意见：  签名： |
| 皮肤 |  | | 面部 |  | | 关节 |  |
| 脊柱 |  | | 四肢 |  | | 检查者： | |
| 其他 |  | | | | |
| **仅限幼儿园教师资格（必查）** | 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 | |  | | | | | |
| 胸透 |  | | | | | 有无传染病 |  | | 医师意见：  签名： |
| 化验检查  （附化验单） | 血常规、肝功五项（谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项）、肾功三项、 血糖、类风湿因子、尿常规 | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 体 检 结 论 | 根据教育部、卫生部、中国残疾人联合会颁发的体检标准中有关师范院校招生体检规定，  经体检 格。  主检医师签名：  检查单位（医院盖章） 年 月 日 | | | | | | | | | |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写；2、此表系兰州市申请教师资格人员体检专用表(A4双面打印)，其体检标准按教育部、卫生部、中国残疾人联合颁发的《普通高等学校招生体检工作指导意见》和 教育部办公厅、卫生部办公厅颁发的《关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅【2010】2号）体检标准执行；其中申请幼儿园教师资格者还须按照《关于调整申请认定幼儿园教师资格人员体检标准的通知》（教资字〔2010〕15号）要求，参加增加的体检项目且结论为合格。3、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”。