

# 四川省申请认定教师资格人员体检表

姓名		性别		出生年月		婚否		(相片) 近期免冠彩照												
文化程度		民族		联系电话																
籍贯		现住址																		
申请教师资格种类	高等学校教师资格证			申请任教学科																
<p><b>疾病史:</b></p> <p>1. 你是否患过下列疾病: 患过 <input checked="" type="checkbox"/> 没有患过 <input type="checkbox"/> , 如故意隐瞒, 责任自负。</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.9 性病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/></td> <td>1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>2. 请详细写出所患疾病的病名及目前情况。</p> <p>3. 你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷?</p> <p style="text-align: center;">我特此申明保证: 以上我所填写的内容正确无误。</p> <p style="text-align: right;">签 名: _____</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p>									1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/>	1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>	1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/>	1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>	1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>	1.9 性病 <input type="checkbox"/>	1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/>	1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/>
1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/>	1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.3 心脑血管疾病 <input type="checkbox"/>	1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>	1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>	1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>																			
1.9 性病 <input type="checkbox"/>	1.10 免疫系统疾病 <input type="checkbox"/>																			
1.11 其他慢性病 <input type="checkbox"/>	1.12 吸毒史 <input type="checkbox"/>																			
<b>查体部分</b>																				
内科	血压	mmHg		心率	次/分															
	营养状况			心脏及血管																
	呼吸系统			腹部器官																
	神经及精神			其他																
					医师签字															
外科	身高	厘米		体重	公斤															
	浅表淋巴			脊柱 四肢关节																

	皮肤		颈部		
	其他		医师签字		
五官科	裸眼 视力	右	矫正 视力	右	
		左		左	
	眼科	色觉检查（彩色图案及编码）			
		单颜色识别（红、绿、紫、蓝、黄）			
		其他		医师签字	
	耳鼻 喉科	听力	左耳            米	右耳            米	
		嗅觉		鼻及鼻窦疾病	
口吃、发音			医师签字		
化验 检查	血常规		小便常规		
	血糖		总胆红素		
	肝功：ALT		AST		
	总蛋白		白蛋白		
	肾功：尿素氮		肌酐		
心电图			医师签字		
B超			医师签字		
胸部 X 光片			医师签字		
申请认 定幼 园教 师 资 格 加 测	淋球菌		梅毒螺旋体		
	滴虫		外阴道假丝酵 母菌(念珠菌)		
	注：对于滴虫和念珠菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。		医师签字		
体检结 论及 建 议	(填写合格、不合格结论，不合格的须注明原因。)				
	主检医师签字		体检医院公章  年 月 日		

说明：1.疾病史内容由受检者如实填写，查体部分由体检医师填写。

2.填表请用蓝色或黑色签字笔，字迹清楚。