

附件

学科：

姓名：

总成绩排名：

福建省教师资格申请人员

体 检 表

福 建 省 教 育 厅

福建省卫生与计划生育委员会

制

体 检 须 知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。
2. 严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。
3. 体检表上贴近期二寸免冠照片一张。
4. 本表第二页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。
5. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。
6. 体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食 8-12 小时。
7. 女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做 X 光检查。
8. 请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。
9. 体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。
10. 如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

姓 名		性 别		出生年月		照 片	
民 族		婚姻状况		籍 贯			
联系电话		通讯地址					
申请资格 种类		身份证号					
<p style="text-align: center;">请本人如实详细填写下列项目 （在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负）</p>							
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间
高血压病				糖尿病			
冠心病				甲亢			
风心病				贫血			
先心病				癫痫			
心肌病				精神病			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
肺气肿				急慢性肝炎			
消化性溃疡				结核病			
肝硬化				性传播疾病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急慢性肾炎				手术史			
肾功能不全				严重外伤史			
结缔组织病				其他			
备 注：							
<p>受检者签字：</p> <p style="text-align: center;">体检日期： 年 月 日</p>							

身高	厘米	体重	公斤	血压	/	mmHg
内科	病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。					
	心脏	心界 杂音		心率 次/分 律		
	肺			腹部		
	肝			神经系统		
	脾			其他		
	建议				医师签字	
外科	病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。					
	皮肤			浅表 淋巴结		
	头颅			甲状腺		
	乳腺			脊柱 四肢关节		
	肛门 外生殖器			其他		
	建议				医师签字	
眼科	裸眼 视力	右	矫正 视力	右	医师签字	
		左		左		
	色觉					
	其他					
	建议				医师签字	

耳 鼻 喉 科	听力		左耳 右耳	耳部	
	鼻部			咽部	
	喉部			嗅觉	
	其他				
	建议			医师签字	
口 腔 科	唇腭舌			牙齿	
	是否 口吃			发音是否 嘶哑	
	其他				
	建议			医师签字	
妇科检查				医师签字	
申请幼儿教师资 格 加测	淋球菌			医师签字	
	梅毒螺旋体				
	妇科	滴虫			
		念球菌			

<p>心 电 图</p>	<div></div> <div>建议：医师签字：</div>
<p>胸 部 X 光 片</p>	<div></div> <div>建议：医师签字：</div>

腹部B超检查	<div>建议：医师签字：</div>
体检结论及建议	
	<div>主检医师签字：年 月 日</div> <div>体检医院签章处</div>

注：对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。

检 验 项 目

血 常 规	白细胞总数（WBC）及分类	血红蛋白（HGB）
	红细胞总数（RBC）	血小板计数（PLT）
血 生 化	丙氨酸氨基转移酶（ALT）	尿素氮（BUN）
	天冬氨酸氨基转移酶（AST）	肌酐（CR）
	葡萄糖（GLU）	
免 疫	艾滋病病毒抗体（抗 HIV）	梅毒血清特异性抗体（TPHA）
尿 常 规	糖（GLU）	蛋白质（PRO）
	胆红素（TBIL）	尿胆原（URO）
	比重（SG）	红细胞（BLO）
	酸碱度（PH）	白细胞（LEU）
	镜检	
其他		