

## 附件 1

## 陕西省申请认定教师资格人员体检表

资格种类：\_\_\_\_\_

学科：\_\_\_\_\_

姓名		性别		出生	年	月	日	免冠正面一寸彩色白底证件照片
身份证号				民族		婚否		
联系电话			工作单位或 毕业学校					
现住所及通讯处								
既往病史	性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。）							
				确认签名：		日期：20 年 月 日		
五官科	眼	视力	左		辨色	医师签字		
			右					
		矫正视力	左		其他眼病			
			右					
	耳	听力	左 米		耳疾	医师签字		
			右 米					
口鼻	嗅觉	鼻及鼻窦		医师签字				
	口吃	咽喉						
	唇颚	门齿						
颜面部		其他						
外科	身高	公分		体重	公斤		医师签字	
	淋巴			皮肤				
	四肢			甲状腺				
	关节			胸廓				
	外貌异常			脊柱				

	平跖足		其他			
内科	血 压	千帕		毫米汞柱		医师签字
	心 率 (次) /分					
	发育及营养 状况					
	肺及呼吸道					
	心 脏					
	腹部 B 超	肝				
		脾				
	神经及精神					
其他						
心 电 图					医师签字	
化验检查 (另附化验单)	血液		化验员签字	尿液	化验员签字	
申请幼儿园 教师资格	淋球菌 梅毒	(另附化验单)	滴虫 外阴阴道念珠菌		医师签字	
胸部 X 线					医师签字	
体检结论	(填写合格、不合格、受限结论, 不合格和受限的须注明原因)				负责医师 签 字	
体检医院 意 见					医院公章  20 年 月 日	

陕西省教育厅 制

说明: (1) 既往病史一栏, 必须如实填写, 在病名上划“√”, 并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现取消教师资格。(2) 体检时须携带本人身份证, 在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求体检, 造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。(3) 各种检验单随表粘贴。