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.体检表上粘贴近期正面一寸免冠彩色白底照片一张。4.本表第一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，将会影响对您的教师资格认定。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。

江西省教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | |  | | | | | | |
| 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，责任自负） | | | | | | | | | | | | |
| 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： |  | | | | | | | | | | | |
| 受检者签字：    体检日期：           年       月      日 | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | |
| 其他 |  | | | | |
| 建议 |  | | | 医师签字 |  |
| 妇科检查 |  | | | | 医师签字 |  |
| 心电图 |  | | | | 医师签字 |  |
| 胸部X光片 |  | | | | 医师签字 |  |
| 腹部B超  检查 |  | | | | 医师签字 |  |
| 申请幼儿  教师资格  加测 | 妇科 | 滴虫 |  | | 医师签字 |  |
| 念球菌 |  | |
| 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。 | | | | | | |
| 体检结论及建议 | 主检医师签字：                                     体检医院签章处                                                 年     月     日 | | | | | |