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 |   |
| 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          |