

附件 2

四川省教师资格申请人员体格检查表

姓名		性别		出生年月		婚否											
文化程度		民族		联系电话													
籍贯		现住址															
<p>过去病史:</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"/></p> <table border="0"><tr><td>1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 <input type="checkbox"/></td><td>1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>1.3 心脏血管疾病 <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 其他慢性病 <input type="checkbox"/></td><td></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>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;">申请人签名: 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 心脏血管疾病 <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 其他慢性病 <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 心脏血管疾病 <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 其他慢性病 <input type="checkbox"/>																	

1. 以上内容由受检者如实填写。
2. 填表请用蓝或黑色钢笔，字迹清楚。
3. 过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

查体部分:

一、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:

其它:

医师签名: _____

二、外科

身高: Cm 体重: _____Kg

浅表淋巴:

脊柱:

四肢:

关节:

平趾足:

皮肤:

颈部:

外生殖器:

其他:

医师签名:

三、五官科:

1、眼

裸眼视力: 右 左

矫正视力: 右矫正度数 左矫正度数

色觉检查: 彩色图案及编码 单颜色识别: 红、绿、紫、蓝、黄

2、耳

听力: 右 米 左 米

耳疾:

3、鼻

嗅觉:

鼻及鼻窦疾病:

4、其他

外貌异常: 口吃: _____

医师签名:

四、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: 尿素氮肌肝:

1、心电图

医师签名:

2、B超

医师签名:

3、胸部 X 光片

医师签名:

4、其他

医师签名:

体检结论:

负责医师签名:

体检医院意见:

体检医院盖章
年月日