|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |  | （相片）  近期2寸免冠彩照 | | 文化  程度 |  | 民族 |  | 联系电话 | |  | | | | 籍 贯 |  | 现 住 址 | |  | | | | | | 过去病史：  1.你是否患过下列疾病：患过 ∨   没有患过×  1.1肝炎、肺结核、其他传染病 □    1.2精神神经疾病 □  1.3心脏血管疾病 □                1.4消化系统疾病 □  1.5肾炎、其他泌尿系统疾病 □       1.6贫血及血液系统疾病 □  1.7糖尿病及内分泌疾病 □          1.8恶性肿瘤 □  1.9其他慢性病 □  2.请详细写出所患疾病的病名及目前情况            3.你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷？    我特此申明保证：以上我所填写的内容正确无误。      签  名    年   月   日 | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |   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：                     公分         体重：                     公斤    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：**    **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：    两对半        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 |
|  |