|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 |
|  |