

陕西省申请认定教师资格人员体检表

姓名		性别		出生	年 月 日	一寸证件 照片 (教师资格认定 办公室印章)	
身份证号				民族	婚否		
联系电话			工作单位或 毕业学校				
现住所及通讯处							
既往病史	性传播性疾病、皮肤病、心脏病、肾炎、肝炎、关节炎、哮喘、癫痫、结核、 精神病等（以上请本人如实填写，对应处划“√”，并写明患病时间。） 确认签名：日期：20 年 月 日						
五官科	眼	视力	左		辨色	医师签字	
			右				
		矫正 视力	左		其他 眼病		
			右				
	耳	听力	左米		耳疾		
			右米				
口鼻	嗅觉	鼻及鼻窦					
	口吃	咽喉					
	唇颚	门齿					
颜面部		其他					
外科	身高	公分		体重	公斤		医师签字
	淋巴			皮肤			
	四肢			甲状腺			
	关节			胸廓			
	外貌 异常			脊柱			
	平跖足			其他			

内科	血压	千帕毫米汞柱				医师签字
	心率 (次)/分					
	发育及营养 状况					
	肺及呼吸道					
	心脏					
	腹部 B 超	肝				
		脾				
	神经及精神					
其他						
心电图					医师签字	
化验检查 (另附化验单)	血液		化验员签字	尿液	化验员签字	
申请幼儿 教师资格	淋球菌 梅毒	(另附化验单)	滴虫 外阴阴道念珠菌		医师签字	
胸部 X 线	(仅对出现呼吸系统疑似症状者加检)				医师签字	
体检结论	(填写合格、不合格、受限结论, 不合格和受限的须注明原因。)				负责医师 签字	
体检医院 意见	<p style="text-align: center;">医院公章</p> <p style="text-align: center;">20 年 月 日</p>					

陕西省教育厅制