**四川省教师资格申请人员体格检查表**

序号： 身份证号码：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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肺炎、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？  我特此申请保证：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