

陕西省申请认定教师资格人员体检表

资格种类：_____

学科：_____

姓名		性别		出生	年 月 日	免冠正面一寸 彩色白底证件 照片	
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			医师签字
			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		
	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					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

说明: (1) 既往病史一栏, 必须如实填写, 在病名上划“√”, 并写明患病时间。如发现有隐瞒严重病史, 不符合认定条件者, 即使取得资格, 一经发现取消教师资格。(2) 体检时须携带本人身份证, 在教师资格认定机构规定的体检时间空腹到指定医院参加体检。由于本人不按规定时间和要求进行体检, 造成不能体检或体检项目不完整的视为体检不合格。(3) 各种检验单随表粘贴。