附件2

重庆市教师资格申请人员体检表

申请认定区县（确认点）： 申请资格种类

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | 性别 |  | 年龄 | | | |  | 民族 | |  | | 贴  相  片  处 |
| 籍 贯 | |  | | | 婚否 |  | 身份证号码 | | |  | | | | | |
| 通讯地址 | |  | | | | | | 联系电话 | | | |  | | | |
| 既往病史  （项目见说明） | | 本人签名： | | | | | | | | | | | | | | |
| (以上空白处由申请人如实填写) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | | | | 右 | 矫正  视力 | 右 | | 矫正  度数 | | | 右 | | | 医师意见:      签名: | |
| 左 | 左 | | 左 | | |
| 辨色力 | | | |  | | 其他  眼病 | |  | | | | | |
| 听力 | | | | 左耳 　　　米 | | 右耳 　　 米 | | | | | | | |
| 鼻 | | | | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 | | | | |  | | |
| 面部 | | | |  | 咽喉 | | | | | |  | | |
| 口腔唇腭 | | | |  | 齿 | | | | | |  | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | | | | 厘米 | 体重 | | | | | | 千克 | | | 医师意见:      签名: | |
| 淋巴 | | | |  | 脊柱 | | | | | |  | | |
| 四肢 | | | |  | 关节 | | | | | |  | | |
| 皮肤 | | | |  | 颈部 | | | | | |  | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | | |  | | | | | | | | | | 医师意见:          签名: | |
| 营养状况 | | | |  | | | | | | | | | |
| 心脏及血管 | | | |  | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | | |  | | | | | | | | | |
| 神经系统 | | | |  | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝 |  | | | | | | | | |
| 脾 |  | | | | | | | | |
| 其他 | | | |  | | | | | | | | | |
| 妇科检查 | | | | |  | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 申请幼儿教师资格  加测 | | | 淋球菌 | | |  | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | |
| 梅毒螺旋体 | | |  | | | | | | | | |
| 妇科 | 滴虫 | |  | | | | | | | | |
| 念球菌 | |  | | | | | | | | |
| 胸部X线检查 | | | | | 医师签名: | | | | | | | | | | | |
| 心 电 图 | | | | | 医师签名: | | | | | | | | | | | |
| 化验检查  （另附化验单） | | | | | 血常规、血生化、免疫检查 |  | | | | | | | 化验员签字： | | | |
| 尿常规 |  | | | | | | | 化验员签字： | | | |
| 体检结论 | | | | | 主检医生签名:  年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| 体检医院  意 见 | | | | | 体检医院 盖章  年 月 日 | | | | | | | | | | | |

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病毒品、药物滥用、精神活性物质依赖等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。