

附件 3

重庆市申请认定教师资格人员体检表

现场确认点：_____

申请资格种类：_____

姓名		性别		年龄		民族		贴 相 片 处
籍贯		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			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：	
	营养状况							

	心脏及血管			签名:	
	呼吸系统				
	神经系统				
	腹部器官	肝			
		脾			
其他					
化验检查 (附化验单)	血常规		肾功三项	医师意见: 签名:	
	血糖		尿常规		
	肝功五项 (谷草、谷丙转氨酶、胆红素三项)		类风湿因子		
	淋球菌		梅毒螺旋体		
申请幼儿园 教师资格检查	滴虫			医师意见: 签名:	
	念球菌				
胸片检查	医师签名:				
心电图检查	医师签名:				
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：既往病史指恶性肿瘤，精神病，毒品、药物滥用，精神活性物质依赖，癫痫等严重神经系统疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。