附件1

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 | 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 |
| 胸部X线 |  | 医师签字 |
| 体检结论 |  | 负责医师签 字 |
| 体检医院意 见 |  医院公章 20 年 月 日 |

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。