

陕西省申请认定教师资格人员体检表

姓名		性别		出生	年 月 日	半身一寸 脱帽照片 (教师资格认定 办公室印章)
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		其他	
		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						
妇科检查					医师签字	
心 电 图					医师签字	
胸部 X 线					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
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					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。