附件2

福建省中小学教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |   | **年龄** |   | **性别** |   | **婚否** |   | **民族** |   |  **相****片**  |
| **籍贯** |   | **工作****单位** |    | **联系****电话** |   |
| **既往病史本人****如 实 填 写** |   |
|    **五**  **官** **科** | **裸  眼****视  力** | **右** | **矫正****视力** | **右** | **矫  正****度  数** | **右** | **签名** |
| **左** | **左** | **左** |
| **辩 色 力** |   | **签名** |
| **听  力** | **左 耳          米** | **右 耳           米** | **医师意见:**  **签名** |
| **鼻** | **嗅觉** |   | **鼻及鼻窦** |   |
| **面  部** |   | **咽  喉** |   |
| **口  腔****唇  腭** |   | **牙   齿** |   | **医师意见:**  **签名** |
| **是  否****口  吃** |   | **发 音 是****否 嘶 哑** |   |
|   **外** **科** | **身  高** | **公分** | **体  重** | **公斤** | **医师意见:**    **签名** |
| **淋  巴** |   | **脊  柱** |   |
| **四  肢** |   | **关  节** |   |
| **皮  肤<,/B>** |  <,/o:p> | **颈  部** |   |
| **其  它** |   |
|    **内**  **科** | **营养状况** |   | **医师意见:**       **签名** |
| **血  压** |   |
| **心脏及血管** |   |
| **呼吸系统** |   |
| **腹部器官** |   |
| **神经及精神** |   |
| **其它** |   |
| **胸 部 透 视** |   | **签名** |

|  |
| --- |
| **粘   贴   报   告   单**  |
|  **体** **检** **结** **论**  |        **负责医师签名:** |
| **体****检****意****见** |  **体检医院公章****年     月     日** |

**省教育厅制（2006年）**

福建省幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |   | **年龄** |   | **性别** |   | **婚否** |   | **民族** |   |   **相****片**  |
| **籍贯** |   | **工作****单位** |    | **联系****电话** |   |
| **既 往 病 史****本人如实填写** | 1.肝炎    2.结核    3.皮肤病    4.性传播性疾病5.精神病  6.其他受检者确认签字：                |
| **五**  **官** **科** | **裸  眼****视  力** | **右** | **矫  正****视  力** | **右** | **矫  正****度  数** | **右** | **签名** |
| **左** | **左** | **左** |
| **辩 色 力** |   | **签名** |
| **听  力** | **左 耳           米** | **右 耳           米** | **医师意见:**  **签名** |
| **鼻** | **嗅 觉** |   | **鼻及鼻窦** |   |
| **面  部** |   | **咽  喉** |   |
| **口  腔****唇  腭** |   | **牙  齿** |   | **医师意见:** **签名** |
| **是  否****口  吃** |   | **发 音 是****否 嘶 哑** |   |
| **外** **科** | **身  高** | **公分** | **体  重** | **公斤** | **医师意见:**    **签名** |
| **淋  巴** |   | **脊  柱** |   |
| **四  肢** |   | **关  节** |   |
| **皮  肤** |   | **颈  部** |   |
| **其  它** |   |
| **内**  **科** | **营养状况** |   | **医师意见:**       **签名** |
| **血  压** |   |
| **心脏及血管** |   |
| **呼吸系统** |   |
| **腹部器官** |   |
| **神经及精神** |   |
| **其它** |   |
| **化验检查** | **淋球菌** |   | **滴       虫** |   | **签名** |
| **梅毒螺旋体** |   | **外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）** |   |
| **胸 部 透 视** |   | **签名** |

|  |
| --- |
| **粘   贴   报   告   单** |
| **体****检****结****论** |      **负责医师签名:** |
| **体****检****意****见** |  **体检医院公章****年     月     日** |

说明：1.“既往病史”指肝炎、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病和其他病史，受检者应如实填写，并签字确认；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。