

福建省教师资格申请人员

体 检 表

福建省教育厅
福建省卫生与计划生育委员会

制

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。
2. 严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。
3. 体检表上贴近期二寸免冠照片一张。
4. 本表第二页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。
5. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。
6. 体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食 8-12 小时。
7. 女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做 X 光检查。
8. 请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。
9. 体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。
10. 如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

| | | | | | | |
|--------|--|------|--|------|--|--------|
| 姓名 | | 性别 | | 出生年月 | | 照 片 |
| 民族 | | 婚姻状况 | | 籍贯 | | |
| 联系电话 | | 通讯地址 | | | | |
| 申请资格种类 | | 身份证号 | | | | |

请本人如实详细填写下列项目
(在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负)

| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 |
|-------|---|---|------|-------|---|---|------|
| 高血压病 | | | | 糖尿病 | | | |
| 冠心病 | | | | 甲亢 | | | |
| 风心病 | | | | 贫血 | | | |
| 先心病 | | | | 癫痫 | | | |
| 心肌病 | | | | 精神病 | | | |
| 支气管扩张 | | | | 神经官能症 | | | |
| 支气管哮喘 | | | | 吸毒史 | | | |
| 肺气肿 | | | | 急慢性肝炎 | | | |
| 消化性溃疡 | | | | 结核病 | | | |
| 肝硬化 | | | | 性传播疾病 | | | |
| 胰腺疾病 | | | | 恶性肿瘤 | | | |
| 急慢性肾炎 | | | | 手术史 | | | |
| 肾功能不全 | | | | 严重外伤史 | | | |
| 结缔组织病 | | | | 其他 | | | |

备注:

受检者签字:

体检日期: 年 月 日

| | | | | | | |
|----|---------------------------------|------|----------|------------|------|------|
| 身高 | 厘米 | 体重 | 公斤 | 血压 | / | mmHg |
| 内科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 | | | | | |
| | 心脏 | 心界杂音 | | 心率 次/分 律 | | |
| | 肺 | | | 腹部 | | |
| | 肝 | | | 神经系统 | | |
| | 脾 | | | 其他 | | |
| | 建议 | | | | 医师签字 | |
| 外科 | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 | | | | | |
| | 皮肤 | | | 浅表淋巴结 | | |
| | 头颅 | | | 甲状腺 | | |
| | 乳腺 | | | 脊柱 四肢关节 | | |
| | 肛门 外生殖器 | | | 其他 | | |
| | 建议 | | | | 医师签字 | |
| 眼科 | 裸眼 视力 | 右 | 矫正 视力 | 右 | 医师签字 | |
| | | 左 | | 左 | | |
| | 色觉 | | | | | |
| | 其他 | | | | | |
| | 建议 | | | | 医师签字 | |

| | | | | | |
|------------|-------|----------|--------|------|--|
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 右耳 | 耳部 | | |
| | 鼻部 | | 咽部 | | |
| | 喉部 | | 嗅觉 | | |
| | 其他 | | | | |
| | 建议 | | | 医师签字 | |
| 口腔科 | 唇腭舌 | | 牙齿 | | |
| | 是否口吃 | | 发音是否嘶哑 | | |
| | 其他 | | | | |
| | 建议 | | | 医师签字 | |
| 妇科检查 | | | | 医师签字 | |
| 申请幼儿教师资格加测 | 淋球菌 | | | 医师签字 | |
| | 梅毒螺旋体 | | | | |
| | 妇科 | 滴虫 | | | |
| | | 念球菌 | | | |

心
电
图

建议：

医师签字：

胸
部
X
光
片

建议：

医师签字：

检 验 项 目

| | | |
|-------------|-----------------|------------------|
| 血 常 规 | 白细胞总数 (WBC) 及分类 | 血红蛋白 (HGB) |
| | 红细胞总数 (RBC) | 血小板计数 (PLT) |
| 血 生 化 | 丙氨酸氨基转移酶 (ALT) | 尿素氮 (BUN) |
| | 天冬氨酸氨基转移酶 (AST) | 肌酐 (CR) |
| | 葡萄糖 (GLU) | |
| 免 疫 | 艾滋病病毒抗体 (抗 HIV) | 梅毒血清特异性抗体 (TPHA) |
| 尿 常 规 | 糖 (GLU) | 蛋白质 (PRO) |
| | 胆红素 (TBIL) | 尿胆原 (URO) |
| | 比重 (SG) | 红细胞 (BLO) |
| | 酸碱度 (PH) | 白细胞 (LEU) |
| | 镜检 | |
| 其他 | | |