附件1

贵州省申请认定教师资格体检表（幼儿园）

编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 相片 |
| 文化程度 |  | 职业 |  | 申请教师资格类别 |  |
| 单位或住址 |  | 电话 |  |
| 既往病史 | 1、肝炎 2、结核 3、皮肤病 4、性传播疾病5、精神病 6、其他受检者确认签字： |
| 五官科 | 眼 | 裸眼视力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 矫正度数 | 右 |  | 医师意见： |
| 左 |  | 左 |  | 左 |  |
| 辨色力 |  |  |
| 耳 | 听力 | 右米 | 耳疾 |  | 医师意见： |
| 左米 |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻疾 |  |
| 咽喉 |  | 语音 |  |
| 口腔 | 口腔唇腭 |  | 齿 |  | 医师意见： |
| 口吃 |  |
| 外科 | 身高 |  |  | 公分 | 胸廓 |  | 医师意见： |
| 体重 |  |  | 公斤 | 脊柱 |  |
| 淋巴 |  | 甲状腺 |  |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 面部 |  |  |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见： |
| 血压 | /Kpa |
| 心脏及血管 |  |
| 腹部器官 |  | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 胸部X线透视 |  | 医师意见： |
| 化验检查 | 肝功能（ALT、AST） |  |
| 二对半 |  |
| 淋球菌 |  |
| 梅毒螺旋体 |  |
| 滴虫 |  |
| 外阴阴道假私酵母菌（念珠菌） |  |
| 体检医院结论 | 负责医师：年月日（单位盖章） |

贵州省申请教师资格人员体格检查表

附件2

（2010年3月修订）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸照片 |
| 姓名 |  | 主检医师意见：签名： |
| 性别 |  | 出生年月 |  |
| 既往病史 |  | 有无精神病史 |
|  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 左： | 左：矫正度数 |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：色觉检查图名称：单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）红（）黄（）绿（）蓝（）紫（） | 检查者 |
| 眼病 |  |
| 内科 | 血压 | / kpa | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝脾肾 |
| 其它 |  |
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 颈部 |  | 医师意见：签名： |
| 皮肤 |  | 面部 |  | 关节 |  |
| 脊柱 |  | 四肢 |  | 检查者 |
| 其它 |  |
| 耳鼻喉 | 听力 | 左耳米 | 右耳米 | 检查者 |  | 医师意见：签名： |
| 嗅觉 |  | 检查者 |  |
| 耳鼻咽喉 |  |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 是否口吃 |  | 医师意见：签名： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） |
| 其它 |  |
| 胸部透视医师签名： |
| 肝脏功能 |  | 体检结论 | 主检医师签名：年月日（医院盖章） |
| 主检医师意见：签名： |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。

 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。.