附件1

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 | | | | | | | | 一寸证件  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 | | | | | | |  | | | | | | |
| 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 | |
| 申请幼儿  教师资格 | | | | | | 淋球菌  梅 毒 | | | （另附化验单） | | | | | | | 滴虫  外阴阴道念珠菌 | | | | | | |  | | | | 医师签字 | |
| 胸部X线 | | | | | | （仅对出现呼吸系统疑似症状者加检） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 医师签字 | |
| 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。

附件2

体检事项温馨提示

一、体检地址及联系方式：

1.铜川市人民医院（南院体检科）

地址：新区鸿基路西段铜川市人民医院体检中心

预约时间：工作日下午2时—5时

预约电话：0919-3582577

2. 铜川市人民医院（北院体检科）

地址：王益区健康路12号铜川市人民医院体检中心

预约时间：工作日下午2时—5时

预约电话：0919- 2159166

二、体检注意事项：

1.申请人需在体检前一日预约，在规定的体检日（10月21日—11月1日）上午8：00至9：30空腹到达体检医院进行体检（疫情期间需佩戴口罩）；

2.体检前一天避免劳累，忌酒，饮食以清淡为主，限高脂肪、高蛋白；不服用对肝、肾功能有影响的药物；

3.妇科检查前应排尽小便，月经期间不宜做妇科检查和尿检，待月经干净三天后补查；未婚、怀孕和拟受孕的女性，请务必提前告知医护人员；

4.请保持衣着宽松，女士勿穿连衣裙及连体内衣；放射检查时将随身金属物取下收好；

5.全部检查项目完成后请将体检表交回导诊台，请勿自行带走。