附件2：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 宁夏回族自治区申请教师资格人员体检表 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓名 |  | | 年龄 | |  | 性别 | |  | | | | 婚否 | |  | | 民族 |  | 相片 |
| 籍贯 |  | | 申请资格种类 | |  | | | | | | | 联系电话 | |  | | | |
| 既 往 病 史（如有病史，请在项目前□内打√） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 请本人如实填写既往病史，如有隐瞒，由本人承担相应责任。 | | | | | □严重肠胃疾病 □恶性肿瘤 □癫 痫 □精神病 □癔 症 | | | | | | | | | | | | | |
| □晚期血吸虫病 □红斑狼疮 □心脏病 □肺结核 □糖尿病 | | | | | | | | | | | | | |
| □类风湿性关节炎 □淋病、梅毒、艾滋病等 | | | | | | | | | | | | | |
| 本人签字： |  | |  | | □其他病史： | | | | | | | | | | | | | |
| **以上栏目由申请人填写** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五 官 科 | 裸眼视力 | | 右 | |  | | | | | | | 矫正视力 | | 右 | |  | | 医师意见： |
| 左 | |  | | | | | | | 左 | |  | |  |
| 辨色力 | |  | | | | | 眼病 | | | | | |  | | | | 签名： |
| 听力 | | 左耳 米 | | | | | | | | | | 右耳 米 | | | | | 医师意见： |
| 耳疾 | |  | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 鼻 | | 嗅 觉 | | |  | | 鼻及鼻窦 | | | | | |  | | | |
| 面部 | |  | | | | | 咽喉 | | | | | |  | | | |
| 口腔唇腭 | |  | | | | | 齿 | | | | | |  | | | |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 内 科 | 血压 | |  | | | | | | 心脏及血管 | | | | |  | | | | 医师意见： |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | 腹部器官 | | | | |  | | | |  |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| 外 科 | 淋巴 | |  | | | | | | 脊柱 | | | | |  | | | | 医师意见： |
| 四肢 | |  | | | | | | 关节 | | | | |  | | | |  |
| 皮肤 | |  | | | | | | 颈部 | | | | |  | | | |  |
| 其他 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 签名： |
| B超检查 | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | | |
| 放射科 | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | | |
| 心电图 | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | | |
| 肝功 | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： | | | |
| 申请幼儿园教师资格体检项目增加 | | 滴虫 | | 念球菌 | | | 淋球菌 | | | 梅毒螺旋体 | | | | | 医师意见：  签名： | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | | | |
| 体检结论 | | 负责医生签名： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检医院 意见 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 体检负责人签名： | | | | | | | | | 体检医院公章  年 月 日 | | | | | | | |