

附件 5

宁夏回族自治区教师资格认定申请人体检表

姓名		性别		年龄		民族		婚否		照片
身份证号码				报名号						
申请教师资格种类、学科				手机号码						
<p>请申请人本人如实填写下列项目： （在每项后的空格中打“√”回答“有”或“无”。如故意隐瞒，后果自负。）</p>										
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间			
严重胃肠疾病				恶性肿瘤						
癫痫				精神病						
神经官能症(癔症)				晚期血吸虫病						
类风湿性关节炎				红斑狼疮						
冠心病				结核病						
风心病				糖尿病						
先心病				肝硬化						
心肌病				急慢性肝炎						
甲亢				急慢性肾炎						
支气管扩张				肾功能不全						
支气管哮喘				严重外伤史						
肺气肿				胰腺疾病						
结缔组织病				性传播疾病						
皮肤病				其他						
备注：										
受检者确认签名：_____年 月 日										
身高	厘米		体重	公斤		血压	/ mmHg			
内科	心脏及血管			呼吸系统			医生意见： 签名：			
	腹部器官			神经内科						
	其他									
外科	淋巴			脊柱			医生意见： 签名：			
	四肢			关节						
	皮肤			颈部						
	其他									

眼科	裸眼视力	右		矫正视力	右		医生意见:	
		左			左			
	辨色力			眼病			签名:	
其他								
五官科	听力	左耳:	米	右耳:	米	医生意见:		
	耳疾							
	鼻部	嗅觉		鼻及鼻窦			医生意见:	
	咽喉			口腔唇顎				
	齿			面部				
其他							签名:	
检验项目	血常规				医生意见:	签名:		
	生化类	肝功能					医生意见:	
		肾功能						
		葡萄糖					签名:	
	免疫类	艾滋病病毒抗体 (HIV)					医生意见:	
梅毒血清特异性抗体 (TPHA)					签名:			
尿常规				医生意见:	签名:			
幼儿园教师资格申请人体检增加项目	滴虫			念球菌			医生意见:	
							签名:	
心电图				医生意见:	签名:			
放射科				医生意见:	签名:			
B超检查				医生意见:	签名:			
体检结论	负责医师签名:							
体检医院意见	体检负责人签名:			医院公章或体检专用章				
				年 月 日				