附件2

**新疆维吾尔自治区幼儿园教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 一寸照片 |
| 民 族 |  | 婚否 |  | 籍贯 |  |
| 现住所 |  | 联系方式 |  |
| 既往病史 | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4. 性传播性疾病 5. 精神病 6.其他 受检者确认签字：  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 右： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 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（ ） |
| 眼 病 |   |
| 内科 | 血 压 | /mmHg | 心脏及血管 |  | 医师意见：签名： |
| 营养状况 |  | 神经系统 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 脾 肾 |
| 其 它 |  |
| 外科 | 皮 肤 |  | 面 部 |  | 关节 |  | 医师意见：签名： |
| 脊 柱 |  | 四 肢 |  |
| 颈 部 |  | 其 它 |  |
| 耳鼻喉 | 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 医师意见：签名： |
| 嗅 觉 |  |
| 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 |  |
| 化 验 检查 | 丙氨酸氨基转移酶(ALT) |  | 滴 虫 |  |
| 淋球菌 |  | 梅毒螺旋体 |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌） |  | 其他 |  |
| 胸部透视 |  | 医师签名： |
| 心电图 |  | 医师意见签名： |
| 体检结论：主检医师签名： 年 月 日（医院盖章） |
| 备注：1.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目（均为外取）。2.胸片检查只限于上岗前及上岗后出现呼吸系统疑似症状者。3. “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，一经发现取消教师资格。4. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2020年新疆维吾尔自治区中小学教师招聘体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓  名** |  | **性 别** |  | **年 龄** |  | **一寸****照片** |
| **籍 贯** |  | **民  族** |  | **婚 否** |  |
| **现住所** |  | **本人手机号码** |  |
| **既往病史** |  |
| **眼****科** | **裸眼****视力** | **右：** | **矫 正****视 力** | **右：矫正度数** | **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（  ）** |
| **眼    病** |  |  |
| **内****科** | **血    压** | **/mmHg** | **心脏及血管** |  | **医师意见：****签名：** |
| **营养状况** |  | **神经系统** |  |
| **呼吸系统** |  |  |
| **腹部器官** | **肝         脾          肾** |
| **其  它** |  |
| **外****科** | **皮   肤** |  | **面 部** |  | **关 节** |  | **医师意见：****签名：** |
| **脊   柱** |  | **四 肢** |  |
| **颈   部** |  | **其 它** |  |
| **耳鼻喉** | **听   力** | **左耳        米** | **右耳           米** | **医师意见：****签名：** |
| **嗅   觉** |  |
| **耳鼻咽喉** |  |
| **口腔科** | **唇    腭** |  | **是否****口吃** |  | **医师意见：****签名：** |
| **牙    齿** | **2011071218270950120110712182709254（齿缺失      ）** |
| **其    它** |  |
| **胸部透视** |  | **医师签名：** |
| **化   验** | **肝 功：** | **医师签名：** |
| **心 电 图** |  | **医师签名：** |
| **体检结论：** **主检医师签名： （医院盖章） 年 月   日** |

**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，一经发现取消教师资格。2、主检医师作体检结论要填写合格、不合格、受限三种结论，并简单说明原因。 |