

重庆市申请认定教师资格人员体检表

现场确认区县/高校：_____ 申请资格种类：_____

姓 名		性别		年龄		民族		贴相片处 (纯白色背景一寸证件照,与认定时提交照片一致)
籍 贯		身份证号码						
通讯地址				联系电话				
既往病史 (项目见说明)	本人签名:							
(以上空白处由申请人如实填写)								
五官科	裸眼视力	右	矫正 视力	右	矫正 度数	右	医师意见: 签名:	
		左		左		左		
	辨色力			眼病				
	听力	左耳 米		右耳 米				
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦			
	面部			咽喉				
	口腔唇腭			齿				
	其他							
外科	身高	厘米		体重		千克	医师意见: 签名:	
	淋巴			脊柱				
	四肢			关节				
	皮肤			颈部				
	其他							
内科	血压						医师意见:	
	营养状况							

内 科	心脏及血管				签名:
	呼吸系统				
	神经系统				
	腹部器官	肝			
		脾			
	其他				
化 验 检 查 (附化验单)	血常规		肾功三项		医师意见:
	血糖		尿常规		
	肝功五项		类风湿因子		签名:
申 请 幼 儿 园 教 师 资 格 检 查	淋球 菌				医师意见:
	梅毒螺旋体				
	妇 科	滴 虫			签名:
		念珠菌			
胸片检查		医师签名:			
心电图检查		医师签名:			
体检结论		主检医生签名: 年 月 日			
体检医院意见		体检医院 盖章 年 月 日			

说明：既往病史指恶性肿瘤，精神病，毒品、药物滥用，精神活性物质依赖，癫痫等严重神经系统疾病等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。