**江西省教师资格申请人员体检表(社会类)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 性 别 |  | 出生年月 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 婚姻状况 |  | 籍 贯 |  |
| 联系电话 |  | 通讯地址 |  |
| 申请资格种类 |  | 身份证号 |  |
| 请本人如实详细填写下列项目（在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，责任自负） |
| 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病 名 | 有 | 无 | 治愈时间 | 病名 | 有 | 无 | 治愈时间 |
| 高血压病 |  |  |  | 肺气肿 |  |  |  | 消化性溃疡 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | 甲亢 |  |  |  | 支气管扩张 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | 贫血 |  |  |  | 支气管哮喘 |  |  |  |
| 先心病 |  |  |  | 癫痫 |  |  |  | 急慢性肾炎 |  |  |  |
| 心肌病 |  |  |  | 精神病 |  |  |  | 急慢性肝炎 |  |  |  |
| 糖尿病 |  |  |  | 结核病 |  |  |  | 性传播疾病 |  |  |  |
| 肝硬化 |  |  |  | 手术史 |  |  |  | 神经官能症 |  |  |  |
| 胰腺疾病 |  |  |  | 吸毒史 |  |  |  | 结缔组织病 |  |  |  |
| 恶性肿瘤 |  |  |  | 严重外伤史 |  |  |  | 肾功能不全 |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 备 注： |  |
| 受检者签字： 体检日期： 年 月 日 |
| 身高 |  厘米 | 体重 | 公斤  | 血压 | / mmHg  |
| 内科 | 病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。 |
| 心脏 | 心界 杂音 | 心率 |  次/分 律 |
| 肺 |  | 腹部 |  |
| 肝 |  | 神经系统 |  |
| 脾 |  | 其他 |  |
| 建议 |  | 医师签字 |  |
| 外科 | 病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。 |
| 皮肤 |  | 浅表淋巴结 |  |
| 头颅 |  | 甲状腺 |  |
| 乳腺 |  | 脊柱四肢关节 |  |
| 肛门外生殖器 |  | 其他 |  |
| 建议 |  | 医师签字 |  |
| 眼科 | 裸眼视力 | 左 | 矫正视力 | 左 | 医师签字 |  |
| 右 | 右 |
| 色觉 |  |
| 其他 |  |
| 建议 |  | 医师签字 |  |
| 耳鼻喉科 | 听力 | 左耳 | 耳部 |  |
| 右耳 |
| 鼻部 |   | 咽部 |  |
| 喉部 |  | 嗅觉 |  |
| 其他 |  |
| 建议 |  | 医师签字 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口腔科 | 唇腭舌 |  | 牙齿 |  |
| 是否口吃 |  |
| 其他 |  |
| 建议 |  | 医师签字 |  |
| 妇科检查 |  | 医师签字 |  |
| 心电图 |  | 医师签字 |  |
| 胸部X光片 |  | 医师签字 |  |
| 腹部B超检查 |  | 医师签字 |  |
| 申请幼儿教师资格加测 | 妇科 | 滴虫 |  | 医师签字 |  |
| 念珠菌 |  |
| 注：对于滴虫和念珠菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。 |
| 体检结论及建议 | 主检医师签字： 体检医院签章处 年 月 日  |