附件 2

四川省教师资格申请人员体格检查表

<table>
<tr><td>姓名</td><td></td><td>性别</td><td></td><td>出生
年月</td><td></td><td>婚否</td><td></td><td rowspan="3">（相片）
近期
免冠彩照</td></tr>
<tr><td>文化
程度</td><td></td><td>民族</td><td></td><td colspan="2">联系电话</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>籍 贯</td><td></td><td colspan="2">现 住 址</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="9"><u>过去病史</u>：
1.你是否患过下列疾病：患过 √ 没有患过×
1.1 肝炎、肺结核、其他传染病 □ 1.2 精神神经疾病 □
1.3 心脏血管疾病 □ 1.4 消化系统疾病 □
1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 □ 1.6 贫血及血液系统疾病 □
1.7 糖尿病及内分泌疾病 □ 1.8 恶性肿瘤 □
1.9 其他慢性病 □
2.请详细写出所患疾病的病名及目前情况

3.你是否有口吃、听力或其他生理上的缺陷？

我特此申明保证：以上我所填写的内容正确无误。

签 名：

年 月 日</td></tr>
</table>

1.以上内容由受检者如实填写。

2.填表请用蓝或黑色钢笔，字迹清楚。

3.过去病史请写明日期、病名、诊断医院或附原疾病证明复印件。

查体部分：

一、内科

血压：_____ mmHg　　心率：_____ 次/分

营养状况：

心脏及血管：

呼吸系统：

腹部器官：

神经及精神：

其它

医师签名：

二、外科

身高：_____ 公分　　体重：_____公斤

浅表淋巴：

脊柱：

四肢：

关节：

平趾足：

皮肤：

颈部：

外生殖器：

其他：

医师签名：

三、五官科：

1、眼：

裸眼视力：右 _____ 左 _____

矫正视力：右 _____ 矫正度数 左 _____ 矫正度数

色觉检查：彩色图案及编码 单颜色识别：红、绿、紫、蓝、黄

2、耳：

听力：右 _____ 米 左 _____ 米

耳疾：

3、鼻：

嗅觉：

鼻及鼻窦疾病：

4、其他

外貌异常 _____ 口吃 _____

医师签名：

化验检查

血常规小便常规

血糖：_____ 总胆红素：_____

肝功：ALT _____ AST _____

总蛋白：_____ 白蛋白：_____

肾功 尿素氮_____ 肌肝 _____

1、心电图

医师签名：

2、B 超

医师签名：

3、胸部 X 光片

医师签名：

4、其他

医师签名：

体检结论：

负责医师签名：_____

体检医院意见：

体检医院盖章

年 月 日