

## 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<br>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<br>5. 精神病 6. 其他 受检者确认签字：_____ |   |          |        |    |          |
| 眼<br>科      | 裸眼<br>视力   | 右：  | 矫正<br>视力 | 右：矫正度数 |    | 医师意见：    |
|             |  | 左：  |          | 左：矫正度数 |    |          |
|             | 色<br>觉<br>检<br>查   | 彩色图案及彩色数码检查：<br>色觉检查图名称：<br>单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）<br>红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ） |          |        |    |          |
|             | 眼<br>病   |   |          |        |    | 签名：      |
| 内<br>科      | 血 压  | /mmHg   | 心脏及血管    |        |    | 医师意见：    |
|             | 营养状况   |   | 神经系统     |        |    |          |
|             | 呼吸<br>系统   |   |          |        |    |          |
|             | 腹部<br>器官   | 肝   | 脾        | 肾      |    | 签名：      |
|             | 其 它  |   |          |        |    |          |
| 外<br>科      | 皮 肤  |   | 面 部      | 关节     |    | 医师意见：    |
|             | 脊 柱  |   | 四 肢      |        |    |          |
|             | 颈 部  |   | 其 它      |        |    | 签名：      |
| 耳<br>鼻<br>喉 | 听 力  | 左<br>米  | 耳        | 右<br>米 | 耳  | 医师意见：    |
|             | 嗅 觉  |   |          |        |    | 签名：      |
|             | 耳鼻<br>咽喉   |   |          |        |    |          |
| 口<br>腔<br>科 | 唇 腭  |   |          |        | 是否 | 医师意见：    |
|             | 牙 齿  | (齿缺失 _____ )  |          |        | 口吃 |          |
|             | 其 它  |   |          |        |    | 签名：      |

|  |                    |  |         |  |
|--|--------------------|--|---------|--|
| 化 验<br>检 查   | 丙氨酸氨基转移酶<br>(ALT)  |  | 滴 虫     |  |
|  | 淋球菌                |  | 梅毒螺旋体   |  |
|  | 外阴阴道假丝酵母菌<br>(念珠菌) |  | 其他      |  |
| 胸部透视   |                    |  | 医师签名:   |  |
| 心电图  |                    |  | 医师意见签名: |  |
| <p>体检结论:</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p style="text-align: right;">主检医师签名:<br/>年 月 日 (医院盖章)</p>   |                    |  |         |  |
| <p>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)。<br/>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。<br/>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。<br/>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。</p> |                    |  |         |  |

双面打印

如出现不属于 2021 年上半年认定体检范围人员自行参加体检, 后果本人自负。

本人签字: