

附件 5

宁夏回族自治区教师资格认定申请人体检表

姓名		性别		年龄		民族		婚否		照片
身份证号码				报名号						
申请教师资格种类、学科				手机号码						
<p>请申请人本人如实填写下列项目： (在每项后的空格中打“√”回答“有”或“无”。如故意隐瞒，后果自负。)</p>										
病名	有	无	治愈时间	病名	有	无	治愈时间			
严重胃肠疾病				恶性肿瘤						
癫痫				精神病						
神经官能症(癔症)				晚期血吸虫病						
类风湿性关节炎				红斑狼疮						
冠心病				结核病						
风心病				糖尿病						
先心病				肝硬化						
心肌病				急慢性肝炎						
甲亢				急慢性肾炎						
支气管扩张				肾功能不全						
支气管哮喘				严重外伤史						
肺气肿				胰腺疾病						
结缔组织病				性传播疾病						
皮肤病				其他						
备注:										
受检者确认签名:					年 月 日					
身高	厘米		体重	公斤		血压	/ mmHg			
内科	心脏及血管			呼吸系统				医生意见:		
	腹部器官			神经内科						
	其他						签名:			
外科	淋巴			脊柱				医生意见:		
	四肢			关节						
	皮肤			颈部				签名:		
	其他									

眼科	裸眼视力	右		矫正视力	右		医生意见:	
		左			左			
	辨色力			眼病			签名:	
其他								
五官科	听力	左耳:	米	右耳:	米	医生意见:		
	耳疾							
	鼻部	嗅觉		鼻及鼻窦			医生意见:	
	咽喉			口腔唇顎				
	齿			面部				
其他							签名:	
检验项目	血常规				医生意见:	签名:		
	生化类	肝功能					医生意见:	
		肾功能						
		葡萄糖					签名:	
	免疫类	艾滋病病毒抗体 (HIV)					医生意见:	
梅毒血清特异性抗体 (TPHA)					签名:			
尿常规				医生意见:	签名:			
幼儿园教师资格申请人体检增加项目	滴虫			念球菌			医生意见:	
							签名:	
心电图					医生意见:	签名:		
放射科					医生意见:	签名:		
B超检查					医生意见:	签名:		
体检结论	负责医师签名:							
体检医院意见	体检负责人签名:			医院公章或体检专用章				
				年 月 日				