

# 四川省教师资格申请人员体格检查表

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

姓名		性别		出生年月		婚否	
文化程度		民族		联系电话			
籍贯		现住址					

(相片)  
近期2寸  
免冠彩照

过去病史：

- 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 <input type="checkbox"/> | 1.2 精神神经疾病 <input type="checkbox"/>    |
| 1.3 心脏血管疾病 <input type="checkbox"/>       | 1.4 消化系统疾病 <input type="checkbox"/>    |
| 1.5 肾炎、其他泌尿系统疾病 <input type="checkbox"/>  | 1.6 贫血及血液系统疾病 <input type="checkbox"/> |
| 1.7 糖尿病及内分泌疾病 <input type="checkbox"/>    | 1.8 恶性肿瘤 <input type="checkbox"/>      |
| 1.9 其他慢性病 <input type="checkbox"/>        |                                        |

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

- 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。

体部  
查、内  
压：  
血  
养状  
管  
脏及  
心  
吸系  
呼  
部器  
腹  
经及  
神  
其  
它  
二、外  
高：  
身  
表淋  
浅  
脊  
注  
四  
皮  
关  
平  
趾足  
皮  
部  
殖  
外  
其  
他

\_\_\_\_\_ nmHg

心率：\_\_\_\_\_ 次/分

\_\_\_\_\_ 公分

体重：\_\_\_\_\_ 公斤

医师签名：\_\_\_\_\_

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：\_\_\_\_\_

化学检查

血常规

血糖：\_\_\_\_\_

肝功：ALT \_\_\_\_\_

总蛋白：\_\_\_\_\_

小便常规

总胆红素：\_\_\_\_\_

AST \_\_\_\_\_

白蛋白：\_\_\_\_\_