**附件1**

**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  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  5.精神病 6.其他 受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 科 | 裸眼 视力 | 右 ： | | | | 矫正  视力 | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 左 ： | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | |
| 色 觉 检 查 | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：  单色识别能力检查：(色觉异常者查此项)  红 ( ) 黄 ( ) 绿 ( ) 蓝 ( ) 紫 ( ) | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 病 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 内 科 | 血 压 | | /mmHg | | | 心脏及血管 | | | | | |  | | | | | 医师意见：  签名： |
| 营养状况 | |  | | | 神经系统 | | | | | |  | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 皮 肤 | |  | | 面部 | | |  | | | | | | | 关节 |  | 医师意见：  签名： |
| 脊 柱 | |  | | 四肢 | | |  | | | | | | | | |
| 颈 部 | |  | | 其它 | | |  | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听 力 | | 左 耳  米 | | | | | | | | 右 耳  米 | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | |  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口腔科 | 唇 腭 | |  | | | 是否  口吃 |  | | 医师意见：  签名： |
| 牙 齿 | | (齿缺失 ) | | |
| 其 它 | |  | | | | | |
| 化 验  检查 | 丙氨酸氨基转移酶  (ALT) | | |  | 滴 虫 | | | |  |
| 淋球菌 | | |  | 梅毒螺旋体 | | | |  |
| 外阴阴道假丝酵母菌  (念珠菌) | | |  | 其他 | | | |  |
| 胸部透视 | |  | | | | | | 医师签名： | |
| 心电图 | |  | | | | | | 医师意见签名： | |
| 体检结论：  主检医师签名：  年 月 日(医院盖章) | | | | | | | | | |
| 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)。  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。  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。  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。 | | | | | | | | | |

**附件2**

**新疆维吾尔自治区教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 年龄 | | |  | | | 性别 | | |  | | | | | | 一寸 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  5.精神病 6.其他 受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 科 | 裸眼视力 | 右 ： | | | | 矫正  视力 | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 左 ： | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | | | |
| 色觉检查 | 彩色图案及彩色数码检查：  色觉检查图名称：  单色识别能力检查：(色觉异常者查此项)  红( ) 黄( ) 绿( ) 蓝( ) 紫( ) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼 病 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内  科 | 血 压 | | /mmHg | | | 心脏及血管 | | | | | |  | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 营养状况 | |  | | | 神经系统 | | | | | |  | | | | | | |
| 呼吸系统 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | 肝 脾 肾 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外 科 | 皮 肤 | |  | | 面 部 | | |  | | | | | | | 关节 | | |  | 医师意见：  签名： |
| 脊 柱 | |  | | 四肢 | | |  | | | | | | | | | | |
| 颈 部 | |  | | 其 它 | | |  | | | | | | | | | | |
| 耳 鼻 喉 | 听 力 | | 左 耳  米 | | | | | | | | 右 耳  米 | | | | | | | | 医师意见：  签名： |
| 嗅 觉 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口 腔 科 | 唇 腭 | |  | | | | | | | | | | 是否  口吃 | | |  | | | 医师意见：  签名： |
| 牙 齿 | | (齿缺失 T —) | | | | | | | | | |
| 其 它 | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师签名： | | |
| 化 验 | | 肝功： | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见签名： | | |
| 心电图 | |  | | | | | | | | | | | | | | | 医师意见签名： | | |
| 体检结论：  主检医师签名：  年 月 日(医院盖章) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

说明：1、“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。

2、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。