**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。