福建省教师资格申请人员

体

检

表

|  |  |
| --- | --- |
| 福 建 省 教 育 厅 | 制 |
| 福建省卫生与计划生育委员会 |

体检须知

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1.均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2.严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3.体检表上贴近期二寸免冠照片一张。

4.本表第二页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6.体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食8-12小时。

7.女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做X光检查。

8.请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的录用。

9.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

|  |  |
| --- | --- |
| **腹****部****B****超****检****查** | **建议： 医师签字：** |
| **体****检****结****论****及****建****议** | **根据《福建省教师资格申请人员体检标准》，体检结论属于：**  |
|  **体检医院签章处****主检医师签字： 年 月 日** |

**注：**对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。

|  |  |
| --- | --- |
| **心****电****图** | **建议： 医师签字：** |
| **胸****部****X****光****片** | **建议： 医师签字：** |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |  | **性 别** |  | **出生年月** |  |  |
| **民族** |  | **婚姻状况** |  | **籍 贯** |  |
| **联系电话** |  | **通讯地址** |  |
| **申请资格****种类** |  | **身份证号** |  |
| **请本人如实详细填写下列项目****（在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，后果自负）** |
| **病名** | **有** | **无** | **治愈时间** | **病名** | **有** | **无** | **治愈时间** |
| **高血压病** |  |  |  | **糖尿病** |  |  |  |
| **冠心病** |  |  |  | **甲亢** |  |  |  |
| **风心病** |  |  |  | **贫血** |  |  |  |
| **先心病** |  |  |  | **癫痫** |  |  |  |
| **心肌病** |  |  |  | **精神病** |  |  |  |
| **支气管扩张** |  |  |  | **神经官能症** |  |  |  |
| **支气管哮喘** |  |  |  | **吸毒史** |  |  |  |
| **肺气肿** |  |  |  | **急慢性肝炎** |  |  |  |
| **消化性溃疡** |  |  |  | **结核病** |  |  |  |
| **肝硬化** |  |  |  | **性传播疾病** |  |  |  |
| **胰腺疾病** |  |  |  | **恶性肿瘤** |  |  |  |
| **急慢性肾炎** |  |  |  | **手术史** |  |  |  |
| **肾功能不全** |  |  |  | **严重外伤史** |  |  |  |
| **结缔组织病** |  |  |  | **其他** |  |  |  |
| **备 注：** |  |
| **受检者签字：****体检日期： 年 月 日** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身高** |  **厘米** | **体重** | **公斤**  | **血压** | **/ mmHg**  |
| **内****科** | **病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。** |
| **心脏** | **心界** **杂音** | **心率 次/分 律** |
| **肺** |  | **腹部** |  |
| **肝** |  | **神经系统** |  |
| **脾** |  | **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |
| **外****科** | **病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。** |
| **皮肤** |  | **浅表****淋巴结** |  |
| **头颅** |  | **甲状腺** |  |
| **乳腺** |  | **脊柱****四肢关节** |  |
| **肛门****外生殖器** |  | **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |
| **眼****科** | **裸眼****视力** | **右** | **矫正****视力** | **右** | **医师签字** |  |
| **左** | **左** |
| **色觉** |  |
| **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |
| **耳****鼻****喉****科** | **听力** | **左耳****右耳** | **耳部** |  |
| **鼻部** |  | **咽部** |  |
| **喉部** |  | **嗅觉** |  |
| **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |
| **口****腔****科** | **唇腭舌** |  | **牙齿** |  |
| **是否****口吃** |  | **发音是否****嘶哑** |  |
| **其他** |  |
| **建议** |  | **医师签字** |  |
| **妇科检查** |  | **医师签字** |  |
| **申请幼儿教师资格****加测** | **淋球菌** |  | **医师签字** |  |
| **梅毒螺旋体** |  |
| **妇科** | **滴虫** |  |
| **念球菌** |  |