**附件１**

**福建省教师资格申请人员体检表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **姓名** |   | **年龄**　　 |   | **性 别** |   | **婚 否** |   | **民 族** |   |  **相****片**  |
| **籍****贯** |   | **工 作****单 位** |    | **联系****电话** |   |
| **既 往 病 史****本 人 如 实 填 写** |   |
|    **五**  **官** **科** | **裸** **眼****视** **力** | **右** | **矫** **正****视** **力** | **右** | **矫  正****度** **数** | **右** | **签名**  |
| **左** | **左** | **左** |
| **辩 色 力** |   | **签名** |
| **听** **力** | **左 耳** **米** | **右 耳** **米** | **医师意见:**  **签名** |
| **鼻** | **嗅 觉** |   | **鼻及鼻窦** |   |
| **面** **部** |   | **咽** **喉** |   |
| **口** **腔****唇** **腭** |   | **牙****齿** |   | **医师意见:**  **签名** |
| **是** **否****口** **吃** |   | **发 音 是****否 嘶 哑** |   |
|   **外** **科** | **身** **高** |  **公分** | **体** **重** | **公斤** | **医师意见:**    **签名** |
| **淋** **巴** |   | **脊** **柱** |   |
| **四** **肢** |   | **关** **节** |   |
| **皮** **肤** |   | **颈** **部** |   |
| **其** **它** |   |
|  　　　　**内**  **科** | **营养状况** |   | **医师意见:**       **签名** |
| **血** **压** |   |
| **心脏及血管** |   |
| **呼吸系统** |   |
| **腹部器官** |   |
| **神经及** **精神** |   |
| **其它** |   |
| **胸 部 透 视** |   |  **签名** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |
| --- |
| **粘** **贴** **报** **告** **单**  |
|  **体** **检** **结** **论**  |       **负责医师签名:**　　 |
| **体****检****意****见** |  **体检医院公章****年** **月** **日** |

**省教育厅制（2006年）**

附件２

福建省幼儿园教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名　　 |   | 年龄　　 |   | 性别　　 |   | 婚否　　 |   | 民族　　 |   |        相　　   　　     片　　  |
| 籍贯　　 |   | 工 作　　单 位　　 |    | 联系　　电话　　 |   |
| 既 往 病 史　　本 人 如 实 填 写　　 | 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：               　　 |
| 五　　  官　　  科　　 | 裸  眼　　视  力　　 | 右　　 | 矫  正　　视  力　　 | 右　　 | 矫  正　　度  数　　 | 右　　 | 签名　　 |
| 左　　 | 左　　 | 左　　 |
| 辩 色 力　　 |   | 签名　　 |
| 听  力　　 | 左 耳           米　　 | 右 耳           米　　 | 医师意见:　　  签名　　 |
| 鼻　　 | 嗅 觉　　 |   | 鼻及鼻窦　　 |   |
| 面  部　　 |   | 咽  喉　　 |   |
| 口  腔　　唇  腭　　 |   | 牙齿　　 |   | 医师意见:　　 签名　　 |
| 是  否　　口  吃　　 |   | 发 音 是　　否 嘶 哑　　 |   |
| 外　　 科　　 | 身  高　　 |          公分　　 | 体  重　　 | 公斤　　 | 医师意见:　　    签名　　 |
| 淋  巴　　 |   | 脊  柱　　 |   |
| 四  肢　　 |   | 关  节　　 |   |
| 皮  肤　　 |   | 颈  部　　 |   |
| 其  它　　 |   |
| 内　　  科　　 | 营养状况　　 |   | 医师意见:　　       签名　　 |
| 血  压　　 |   |
| 心脏及血管　　 |   |
| 呼吸系统　　 |   |
| 腹部器官　　 |   |
| 神经及精神　　 |   |
| 其它　　 |   |
| 化验检查　　 | 淋球菌　　 |   | 滴  虫　　 |   | 签名　　 |
| 梅毒螺旋体　　 |   | 外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）　　 |   |
| 胸 部 透 视　　 |   | 签名　　 |
| 粘   贴   报   告   单　　 |
| 体　　检　　结　　论　　 |                                             负责医师签名:　　 |
| 体　　检　　意　　见　　 |    体检医院公章　　年     月     日　　 |
|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

说明：1.“既往病史”指肝炎、结核、皮肤病、性传播性疾病、精神病和其他病史，受检者应如实填写，并签字确认；2.滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）指妇科检查项目；3.对出现呼吸系统疑似症状者增加胸片检查项目。