附件3

**编号：**

湖南省农村义务教育阶段学校特岗教师招聘

体 检 表

姓 名

设岗县（市区）

户籍所在地

毕业学校

现所在单位

填表日期

湖 南 省 教 育 厅 制

说　 　明

一、体检在县级教育行政部门指定的县级以上医院进行。

二、体检标准按教育部、卫生部、中国残疾人联合会《普通高等学校招生体检工作指导意见》（教学〔2003〕3号）、《教育部办公厅、卫生部办公厅关于普通高等学校招生学生入学身体检查取消乙肝项目检测有关问题的通知》（教学厅〔2010〕2号）的有关规定执行。传染病和精神病史检查为必检项目。

三、被检人员在填写“既往病史”栏目时，应如实填写。既往病史的疾病主要涉及心、肺、肝、脾、肾一些重大脏器以及癫痫史、精神病史等；如果做过重大手术，应注明何时、何处做过何种手术，目前状况如何；有残疾状况则要填写具体的残疾情况和本人的残疾证号。

四、承担体检的医院应当根据上述标准，对被检人员做出身体条件合格或不合格的结论。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | | | 性别 | |  | | | 婚否 | | | |  | | 民族 | | |  | | 半身  脱帽  正面  相片  医院骑缝章 |
| 出生年月 | |  | | | | 身份证号 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 最高学历 | |  | | | | 职业 | |  | | | | | | | 籍贯 | |  | | | | |
| 现住所及  通讯地址 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 既往病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 家族病史 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | | | 右 | | | 矫正视力 | | | | 右 | | | | | 辩色力 | | | |  | 医师意见：  签名： |
| 左 | | | 左 | | | | |
| 砂眼 | | | 右 | | | 其他眼疾 | | | |  | | | | | | | | | |
| 左 | | |
| 耳 | 听力 | | | 右　　公尺 | | | 耳疾 | | | |  | | | | | | | | | |
| 左　　公尺 | | |
| 鼻 | 嗅觉 | | |  | | | 鼻及鼻窦疾病 | | | | |  | | | | | | | | |
| 咽喉 |  | | | | | | 唇腭 | | | |  | | | | 口吃 | |  | | | |
| 齿 | 龋齿 |  | | | | | 缺齿 | | | |  | | | | 齿槽脓漏 | |  | | | |
| 其他 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外  科 | 身高 | cm | | | | | 胸围 | | cm | | | | | | | 皮肤 | | |  | | | 医师意见：  签名： |
| 体重 | kg | | | | | 呼吸差 | | cm | | | | | | |
| 淋巴 |  | | | | | 甲状腺 | |  | | | | | | | 脊柱 | | |  | | |
| 四肢 |  | | | | | 关节 | |  | | | | | | | 平嗻足 | | |  | | |
| 泌尿生殖器 | | |  | | | | | | | | | | | | 肛门 | | |  | | |
| 疝 |  | | | | | | | | | | | | 其他 | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血　压 | 毫米汞柱 | | 脉搏 |  | 医师意见：  签名： |
| 发 育 及营养状况 |  | | | |
| 神　经  及精神 |  | | | |
| 肺　及  呼吸道 |  | | | |
| 心　脏  及血管 |  | | | |
| 腹 部  器 官 |  | 肝 |  | |
| 脾 |  | |
| 其他 |  | | | |
| 化验检查 | | 贴肝功能化验单  　　　　　　　　　　　　　　化验员（签字）： | | | | |
| 胸部爱克斯线透　　视 | | 医师（签字）： | | | | |
| 其他检查 | |  | | | | |
| 检查结论 | | 负责医师（签字）： 　　　　　　　　医院（公章） | | | | |
| 备　　考 | |  | | | | |

年　　月 日