**附件2：**

**体 检 表**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 | |  | | 性别 |  | | | | 出生 | 年 月 日 | | | | | 一寸免冠照 片 |
| 文化程度 | |  | | 民族 |  | | | | 职业 |  | | 婚否 | |  |
| 籍贯 | |  | | 身份证号 | | | | |  | | | | | |
| 毕业学校 | |  | | | | | 工作单位 | | |  | | | | |
| 既往病史 | | 心脏病、肾炎、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、肺结核、 胃病（ ）其他请注明 | | | | | | | | | | | | |
| 以上由本人如实填写 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 五  官  科 | 眼 | 视力 | 左 | | | | | | | | 色盲 | |  | | 医师签字 |
| 右 | | | | | | | |
| 矫正视力 | 左 | | | | | | | | 其他 疾病 | |  | |
| 右 | | | | | | | |
| 耳 | 听力 | 左 | | | | | 耳疾 | | |  | | | | 医师签字 |
| 右 | | | | |
| 口鼻 | 嗅觉 |  | | | 颜面部 | | | 鼻及鼻窦疾病 | |  | | | |
| 口吃 |  | | | 咽喉 | | |  | | | | | |
| 唇颚 |  | | | 门齿 | | |  | | | | | |
| 外  科 | 身 高 | 公分 | | | | 体 重 | | | 公斤 | | | | | | 医师签字 |
| 淋 巴 |  | | | | 甲状腺 | | |  | | | | | |
| 皮 肤 |  | | | | 胸 廓 | | |  | | | | | |
| 四 肢 |  | | | | 脊 柱 | | |  | | | | | |
| 关 节 |  | | | | 平跖足 | | |  | | | | | |
| 外 貌 异 常 |  | | | | 重 度 腋 臭 | | |  | | | | | |
| 其 他 |  | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 内  科 | 血 压 | 毫米汞柱 | | 医师签字 |
| 心 率  （次）/分 |  | |
| 发育及  营养状况 |  | |
| 肺及呼吸道 |  | |
| 心 脏 |  | |
| 腹 部  B 超 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其 他 |  | |
| 心电图 | |  | |  |
| 胸 透 | |  | |  |
| 化验检查  （另附化验单） | | 血常规、血糖、肝功、尿常规。  申请幼儿教师资格人员， 增加淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）（后两项指妇科）检查项目。 | |  |
| 体 检  结 论 | | 体检医院公章  年 月 日 | | |

说明：1、既往病史一栏，必须如实填写，并须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间。

2、参加体检人员，检查当日须空腹。

3、体检表须正反面打印在A4纸上。