附件 1

福建省教师资格申请人员

体

检

表

福 建 省 教 育 厅

福建省卫生与计划生育委员会 制

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。

姓 名		性 别		出生年月		照
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				片

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

<table>
<tr><td>身高</td><td colspan="2">厘米</td><td>体重</td><td colspan="2">公斤</td><td>血压</td><td colspan="2">/ mmHg</td></tr>
<tr><td rowspan="6">内
科</td><td colspan="8">病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。</td></tr>
<tr><td>心脏</td><td colspan="2">心界
杂音</td><td colspan="4">心率 次/分 律</td></tr>
<tr><td>肺</td><td colspan="2"></td><td>腹部</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>肝</td><td colspan="2"></td><td>神经系统</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>脾</td><td colspan="2"></td><td>其他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>建议</td><td colspan="3"></td><td>医师签字</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">外
科</td><td colspan="8">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。</td></tr>
<tr><td>皮肤</td><td colspan="2"></td><td>浅表
淋巴结</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>头颅</td><td colspan="2"></td><td>甲状腺</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>乳腺</td><td colspan="2"></td><td>脊柱
四肢关节</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>肛门
外生殖器</td><td colspan="2"></td><td>其他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>建议</td><td colspan="3"></td><td>医师签字</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">眼
科</td><td rowspan="2">裸眼
视力</td><td>右</td><td rowspan="2">矫正
视力</td><td>右</td><td rowspan="2">医师签字</td><td rowspan="2" colspan="2"></td></tr>
<tr><td>左</td><td>左</td></tr>
<tr><td>色觉</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>其他</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>建议</td><td colspan="4"></td><td>医师签字</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

<table>
<tr><td rowspan="5">耳
鼻
喉
科</td><td>听力</td><td>左耳
右耳</td><td>耳部</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>鼻部</td><td></td><td>咽部</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>喉部</td><td></td><td>嗅觉</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其他</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>建议</td><td colspan="2"></td><td>医师签字</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">口
腔
科</td><td>唇腭舌</td><td></td><td>牙齿</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>是否
口吃</td><td></td><td>发音是否
嘶哑</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>其他</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>建议</td><td colspan="2"></td><td>医师签字</td><td></td></tr>
<tr><td>妇科检查</td><td colspan="3"></td><td>医师签字</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="4">申请幼儿
教师资格
加测</td><td colspan="2">淋球菌</td><td></td><td rowspan="4">医师签字</td><td rowspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">梅毒螺旋体</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">妇科</td><td>滴虫</td><td></td></tr>
<tr><td>念球菌</td><td></td></tr>
</table>

电 图	建议：　　医师签字：
胸 部 X 光 片	建议：　　医师签字：

腹部B超检查	建议：　　医师签字：
体检结论及建议	
	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。

检 验 项 目

血常规	白细胞总数（WBC）及分类	血红蛋白（HGB）
	红细胞总数（RBC）	血小板计数（PLT）
血生化	丙氨酸氨基转移酶（ALT）	尿素氮（BUN）
	天冬氨酸氨基转移酶（AST）	肌酐（CR）
	葡萄糖（GLU）	
免疫	艾滋病病毒抗体（抗 HIV）	梅毒血清特异性抗体（TPHA）
尿常规	糖（GLU）	蛋白质（PRO）
	胆红素（TBIL）	尿胆原（URO）
	比重（SG）	红细胞（BLO）
	酸碱度（PH）	白细胞（LEU）
	镜检	
其他		