附件2

宁夏回族自治区教师资格认定申请人体检表(2021年)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 性别 |  | 年龄 |  | 民族 |  | 婚否 |  | 照片 |
| 身份证号码 |  | 网报名号 |  |
| 申请教师资格种类、学科 |  | 手机号码 |  |
| **请申请人本人如实填写下列项目：**（在每项后的空格中打“√”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 |
| 严重胃肠疾病 |  |  |  | 恶性肿瘤 |  |  |  |
| 癫痫 |  |  |  | 精神病 |  |  |  |
| 神经官能症（癔症） |  |  |  | 晚期血吸虫病 |  |  |  |
| 类风湿性关节炎 |  |  |  | 红斑狼疮 |  |  |  |
| 冠心病 |  |  |  | 结核病 |  |  |  |
| 风心病 |  |  |  | 糖尿病 |  |  |  |
| 先心病 |  |  |  | 肝硬化 |  |  |  |
| 心肌病 |  |  |  | 急慢性肝炎 |  |  |  |
| 甲亢 |  |  |  | 急慢性肾炎 |  |  |  |
| 支气管扩张 |  |  |  | 肾功能不全 |  |  |  |
| 支气管哮喘 |  |  |  | 严重外伤史 |  |  |  |
| 肺气肿 |  |  |  | 胰腺疾病 |  |  |  |
| 结缔组织病 |  |  |  | 性传播疾病 |  |  |  |
| 皮肤病 |  |  |  | 其他 |  |  |  |
| 备注： |
| **受检者确认签名：**  年 月 日 |
| 身高 | 厘米 | 体重 | 公斤 | 血压 | / mmHg |
| **内科** | 心脏及血管 |  | 呼吸系统 |  | 医生意见：签名： |
| 腹部器官 |  | 神经内科 |  |
| 其他 |  |
| **外科** | 淋巴 |  | 脊柱 |  | 医生意见：签名： |
| 四肢 |  | 关节 |  |
| 皮肤 |  | 颈部 |  |
| 其他 |  |
| **眼科** | 裸眼视力 | 右 |  | 矫正视力 | 右 |  | 医生意见：签名： |
| 左 |  | 左 |  |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 其他 |  |
| **五****官****科** | 听力 | 左耳： 米 | 右耳： 米 | 医生意见：签名： |
| 耳疾 |  |
| 鼻部 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 咽喉 |  | 口腔唇颚 |  |
| 齿 |  | 面部 |  |
| 其他 |  |
| **检验****项目** | 血常规 |  | 医生意见：签 名： |
| 生化类 | 肝功能 | 医生意见：签名： |
| 肾功能 |
| 葡萄糖 |
| 免疫类 | 艾滋病病毒抗体（HIV） | 医生意见：签名： |
| 梅毒血清特异性抗体（TPHA） |
| 尿常规 |  | 医生意见：签名： |
| **幼儿园教师资格申请人体检增加项目** | 滴虫 | 念球菌 | 淋球菌 | 医生意见：签名： |
|  |  |  |
| **心电图** |  | 医生意见：签名： |
| **放射科** |  | 医生意见：签名： |
| **B超检查** |  | 医生意见：签名： |
| **体检结论** | 负责医师签名： |
| **体检医院****意见** | 体检负责人签名： 医院公章或体检专用章 年 月 日 |