

附件 3

重庆市教师资格申请人员体检表

申请认定区县（确认点）：_____ 申请资格种类 _____

姓名		性别		年龄		民族		贴 相 片 处
籍贯		婚否		身份证号码				
通讯地址				联系电话				
既往病史 (项目见 说明)	本人签名：_____							
(以上空白处由申请人如实填写)								
五官科	裸眼视力	右	矫正 视力	右	矫正 度数	右	医师意见： 签名：	
		左		左		左		
	辨色力			其他 眼病				
	听力	左耳	米	右耳	米			
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦				
	面部			咽喉				
	口腔唇腭			齿				
其他								
外科	身高	厘米	体重		千克	医师意见： 签名：		
	淋巴			脊柱				
	四肢			关节				
	皮肤			颈部				

	其他			
内科	血压		医师意见: 签名:	
	营养状况			
	心脏及血管			
	呼吸系统			
	神经系统			
	腹部器官	肝		
		脾		
其他				
妇科检查			医师意见: 签名:	
申请幼儿教师资格加测	淋球菌		医师意见: 签名:	
	梅毒螺旋体			
	妇科	滴虫		
		念球菌		
胸部 X 线检查		医师签名:		
心电图		医师签名:		
化验检查 (另附化验单)	血常规、 血生化、 免疫检查		化验员签字:	
	尿常规		化验员签字:	
体检结论		主检医生签名: 年 月 日		
体检医院 意见		体检医院 盖章 年 月 日		

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病毒品、药物滥用、精神活性物质依赖等病史。本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负。