附件1：

**河北省教师资格申请人员体检表(适用于申请幼儿园教师资格人员)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 婚否 | 民族 | 一寸免冠近 照 |
| 籍贯 | 联系电话 |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 既往病史 | 心脏病 肾炎 肝炎 关节炎 哮喘 精神病 癫痫 肺结核 胃病 性病 皮肤病（ ）（ ）（ ） （ ） （ ）（ ） （ ）（ ）（ ）（ ）（ ） |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 |  | 矫正后视力 | 右 | 医师意见签字 |
| 左 | 左 |  | 左 |
| 辨色力 |  | 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　　　　　　　　　　　　　公分 | 体重 | 医师意见签字 |
| 淋巴 | 脊柱 |
| 四肢 | 关节 |
| 皮肤 | 头颈 |
| 　其它 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见签字 |
| 血压 |  |
| 心脏 |  |
| 呼吸 |  |
| 腹部 |  |
| 神经　 |  |
| 其它 |  |
| 妇科检查 |  | 医师签字 |
| 胸部透视 |  | 医师签字 |
| 肝功能 | 转氨酶 | 医师签字 |
| 其他 |
| 体检结论 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　负责医师签字 |
| 检验医院意 见 | 体检医院公章年　　月　　日 |

注：1、申请人员须到教师资格认定机构指定的医院体检。2、既往病史一栏，由本人如实填写，须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间。3 妇科检查包括：淋球菌、梅毒螺旋体、滴虫、外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）检查项目。(对于滴虫和外阴阴道假丝酵母菌（念球菌）两项妇科检查采取阴道口取样，不进行侵入性检查)

**河北省教师资格申请人员体检表(适用于申请中小学教师资格人员)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 | 性别 | 年龄 | 婚否 | 民族 | 一寸免冠近 照 |
| 籍贯 | 联系电话 |
| 身份证号 码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 既往病史 | 心脏病 肾炎 肝炎 关节炎 哮喘 精神病 癫痫 肺结核 胃病（ ） （ ）（ ） （ ） （ ）（ ） （ ） （ ） （ ） |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 |  | 矫正后视力 | 右 | 医师意见签字 |
| 左 | 左 |  | 左 |
| 辨色力 |  | 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　　　　　　　　　　　　　公分 | 体重 | 医师意见签字 |
| 淋巴 | 脊柱 |
| 四肢 | 关节 |
| 皮肤 | 头颈 |
| 　其它 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见签字 |
| 血压 |  |
| 心脏 |  |
| 呼吸 |  |
| 腹部 |  |
| 神经　 |  |
| 其它 |  |
| 心电图 |  | 医师签字 |
| 胸部透视 |  | 医师签字 |
| 肝功能 | 转氨酶 | 医师签字 |
| 其他 |
| 体检结论 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　负责医师签字 |
| 检验医院意 见 | 体检医院公章年　　月　　日 |

注：1、申请人员须到教师资格认定机构指定的医院体检。

2、既往病史一栏，由本人如实填写，须在病名下面划横线，并在括号内写明患病时间。