附件1

**浙江省申请教师资格人员体格检查表  
（2010年12月修订）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 | | | |  | |  |  |  |  | |  | | |  | |  |  | | |  | |  |  | | | |  | |  | | |  | |  |  |  | | 一寸照片 |
| 姓  名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 主检医师意见：         签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
| 性别 | | |  | 出生年月 | | | |  | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | | 1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病  5.精神病  6.其他：                受检者确认签字： | | | | | | | | | | | | | | | |
| 眼科 | 裸眼视力 | | | 右： | | | | | | 矫正视力 | | | | | 右：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | 医师意见：         签名： | |
| 左： | | | | | | 左：矫正度数 | | | | | | | | | | | | | | |
| 色觉检查 | | | | 彩色图案及彩色数码检查：               色觉检查图名称：               单色识别能力检查：（色觉异常者查此项） 红（   ）黄（   ）绿（   ）蓝（   ）紫（   ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |
| 眼病 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | | | | /         kpa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | | | | 医师意见：       签名： | |
| 发育情况 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 心脏及血管 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 呼吸系统 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 神经系统 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 腹部器官 | | | | 肝                 脾                  肾 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身高 | | | | 厘米 | | | | | | | | 体重 | | | | | 千克 | | | | | | | | | | 颈部 | | | | |  | | | | 医师意见：     签名： | |
| 皮肤 | | | |  | | | | | | | | 面部 | | | | |  | | | | | | | | | | 关节 | | | | |  | | | |
| 脊柱 | | | |  | | | | | | | | 四肢 | | | | |  | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 耳鼻喉 | 听力 | | | | 左耳      米 | | | | | | | 右耳      米 | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | | 医师意见：   签名： | |
| 嗅觉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 检查者 | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 耳鼻咽喉 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 是否口吃 | | | | | |  | | | | | | 医师意见：   签名： | |
| 牙齿 | | | | （齿缺失——————+——————） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 其它 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 胸部透视                                                                 医师签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 肝脏功能 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 体检结论 | | | 主检医师签名： 年    月    日（医院盖章） | | | | | | | | | | | | | | |
| 主检医师意见： 签名： | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。  
      2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。  
  
附件2

**2019年春季教师资格认定健康体检须知**

　　欢迎您来我院健康体检！为了做好本次体检工作，并能准确反映您身体的真实状况，现将体检有关事项向您告知如下：  
　　一、体检日期：2019年5月6日—2019年5月27日（节假日与周日除外）。  
　　二、体检时间：上午7：30---10：30；抽血时间7：30—9：30。  
　　三、体检项目：内科、外科、五官科、眼科、口腔科、血常规、测血压、尿常规、肝肾功能（根据浙教办师[2010]30号文件精神，取消乙肝项目（表面抗原）检测）。血糖、胸正位DR片、彩超（肝、胆）、心电图。  
　　四、体检地点：  
　　嘉兴市中环南路1882号----嘉兴大桥西侧。嘉兴市第一医院门诊部3楼A区东侧体检中心。  
　　五、体检流程：  
　　1.持申请人身份证和体检表（贴好照片）在体检中心导检台交费（按招工2套餐收费），领取条形码。  
　　2.按体检项目在相应科室做体检。  
　　3.凭餐券在体检中心餐厅领取早餐一份。  
　　4.体检结束后请将体检表交到导检工作人员处。  
　　五、注意事项：  
　　1.体检表既往病史一栏受检者必须确认签字。  
　　2.为了保证您血液生化检查的准确性，请您于体检前一天进清淡饮食，不吃高糖高脂等饮食，注意休息，勿熬夜，不饮酒，避免剧烈运动。晚九时后禁食。  
　　3.需校正视力者请自备眼镜。  
　　4.女同志妊娠期不宜做胸透检查。女同志例假，请暂缓尿液检查。例假结束后3-5天补检。  
　　5.本次为定额体检，如需进一步检查或复检，请另行付款。  
　　嘉兴市第一医院体检中心  
　　2019年4月4日  
　　体检中心电话：82519688或82519686  
　　公交线路：85、92路至医院北大门；18路至医院南大门。