附件2

宁夏回族自治区教师资格认定申请人体检表

（2020年版）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  | 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 |  |  |  | 肺结核 |  |  |  |
| 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 |  |  |  |
| 其他 |  |
| **受检者手写签名：**   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 |  | 皮肤 |  |
| 关节 |  | 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 | 白细胞总数（WBC）及分类 | 白红蛋白（HGB） | 医生意见：签名： |
| 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） | 医生意见：签名： |
| 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） | 医生意见：签名： |
| 尿常规 | 葡萄糖（GLU） | 蛋白质（PRO） | 医生意见：签名： |
| 胆红素（TBIL） | 尿胆原（URO） |
| 红细胞（BLO） | 白细胞（LEU） |
| 比重（SG） | 酸碱度（PH） |
| 镜检 |  |
| 其他 |  |
| **心电图** |  | 医生意见：签名： |
| **数字化摄影** |  | 医生意见：签名： |
| **腹部B超** |  | 医生意见：签名： |
| **幼儿园教师资格申请人体检增加项目** | 滴虫 | 念珠菌 | 淋球菌 | 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： 体检医院公章 年 月 日 |