

附件 2

江 西 省 教 育 厅 制

为了准确反映受检者身体的真实状况，请注意以下事项：

1. 均应到指定医院进行体检，其它医疗单位的检查结果一律无效。

2. 严禁弄虚作假、冒名顶替；如隐瞒病史影响体检结果的，后果自负。

3. 体检表上粘贴近期正面一寸免冠彩色白底照片一张。

4. 本表第一页由受检者本人填写（用黑色签字笔或钢笔），要求字迹清楚，无涂改，病史部分要如实、逐项填齐，不能遗漏。

5. 体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

6. 体检当天需进行采血、B超等检查，请在受检前禁食 8-12 小时。

7. 女性受检者月经期间请勿做妇科及尿液检查，待经期完毕后再补检；怀孕或可能已受孕者，事先告知医护人员，勿做 X 光检查。

8. 请配合医生认真检查所有项目，勿漏检。若自动放弃某一检查项目，将会影响对您的教师资格认定。

9. 体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

10. 如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

姓 名		性 别		出生年月		照 片	
民 族		婚姻状况		籍 贯			
联系电话		通讯地址					
申请资格 种类		身份证号					
请本人如实详细填写下列项目 (在每一项后的空格中打“√”回答“有”或“无”，如故意隐瞒，责任自负)							
病 名	有	无	治愈时间	病 名	有	无	治愈时间
高血压病				糖尿病			
冠心病				甲亢			
风心病				贫血			
先心病				癫痫			
心肌病				精神病			
支气管扩张				神经官能症			
支气管哮喘				吸毒史			
肺气肿				急慢性肝炎			
消化性溃疡				结核病			
肝硬化				性传播疾病			
胰腺疾病				恶性肿瘤			
急性慢性肾炎				手术史			
肾功能不全				严重外伤史			
结缔组织病				其他			
备 注:							
受检者签字:							
体检日期: 年 月 日							
身高	厘米		体重	公斤		血压	/ mmHg

内科	病史：曾患过何种疾病（起病时间及目前症状）。					
	心脏	心界 杂音		心率	次/分 律	
	肺			腹部		
	肝			神经系统		
	脾			其他		
	建议				医师签字	
外科	病史：曾做过何种手术或有无外伤史（名称及时间），目前功能如何。					
	皮肤			浅表 淋巴结		
	头颅			甲状腺		
	乳腺			脊柱 四肢关节		
	肛门 外生殖器			其他		
建议				医师签字		
眼科	裸眼 视力	右	矫 正 视 力	右	医师签字	
		左		左		
	色觉					
	其他					
建议				医师签字		
耳鼻喉科	听力	左耳 右耳			耳部	
	鼻部				咽部	
	喉部				嗅觉	
	其他					
	建议				医师签字	

口腔科	唇腭舌			牙齿	
	是否口吃				
	其他				
	建议			医师签字	
妇科检查				医师签字	
心电图				医师签字	
胸部 X 光片				医师签字	
腹部 B 超检查				医师签字	
申请幼儿教师 教师资格加测	妇科	滴虫		医师签字	
		念球菌			
注：对于滴虫和念球菌两项妇科检查项目未婚女性采取阴道口取样。					
检验项目					
体检结论及建议	主检医师签字： 体检医院签章处 年 月 日				

