

镇宁自治县 2025 年教师资格认定
体 检 表（幼儿园）

| | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|--|----|------|---------------|------|----|-------|----|
| 姓 名 | | 性别 | | 年龄 | | 婚否 | | 民族 | | 照片 |
| 身份证号 | | | | | | 联系电话 | | | | |
| 家庭住址 | | | | | | | | | | |
| 请您如实提供既往病史，如隐瞒病史责任自负。（在每一项后面打√） | | | | | | | | | | |
| 精神病 | 有□无□ | | | | | 癫痫病 | 有□无□ | | | |
| 癔症 | 有□无□ | | | | | 严重的神经官能症 | 有□无□ | | | |
| 吸食、注射毒品史 | 有□无□ | | | | | 严重的心脏病、心肌病 | 有□无□ | | | |
| 慢性肾炎 | 有□无□ | | | | | 尿毒症 | 有□无□ | | | |
| 传染性疾病 | 有□无□ | | | | | 影响肢体活动的神经系统疾病 | 有□无□ | | | |
| 内 科 | 血压 | / mmHg | | | 心脏 | | | | 医生签名： | |
| | 呼吸系统 | | | | 腹部器官 | | | | | |
| | 神经系统 | | | | 其他 | | | | | |
| 外 科 | 身高 | cm | | | 体重 | Kg | | | 医生签名： | |
| | 皮肤 | | | | 颈部 | | | | | |
| | 脊柱 | | | | 四肢关节 | | | | | |
| | 面部 | | | | 淋球菌 | | | | | |
| | 梅毒螺旋体 | | | | 其他 | | | | | |

| | | | |
|------------------|---|-------|-------|
| 胸部透视 | | 心电 | |
| 医生签字： | | 医生签字： | |
| B超 | 医生签字： | | |
| 妇科 | 滴虫 | | 医生签字： |
| | 外阴阴道假丝酵母菌（念球菌） | | |
| 化 验 检 查 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） | 医生签字： | |
| | 血常规 | 医生签字： | |
| | 尿常规 | 医生签字： | |
| | HIV | 医生签字： | |
| | 其他 | 医生签字： | |
| 体检结论 | <div>(体检医院盖章)</div> <div>主检医师签名： 年 月 日</div> | | |