

镇宁自治县 2025 年教师资格认定
体检表（小学、初中、高中）

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			其他						
胸部透视					心电					
医生签字：					医生签字：					

B超	医生签字:	
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	(体检医院盖章) 主检医师签名: 年 月 日	