2023年瑞金市招聘中小学幼儿园教师







|  |  |
| --- | --- |
| 瑞 金 市 教 育 体 育 局 | 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.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。

2.体检表上粘贴近期正面一寸免冠彩色白底照片一张。

3. 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。

4.体检前一天请注意休息，勿熬夜，不要饮酒，避免剧烈运动。

5.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。

6.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。

7.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。

8.体检医师可根据实际需要，增加必要的相应检查、检验项目。

9.如对体检结果有疑义，请按有关规定办理。

瑞金市中小学幼儿园招聘教师体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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。 |
| 体检结论及建议 | 主检医师签字： 体检医院签章处年 月 日 |