

# 浙江省申请教师资格人员体格检查表

(2010年12月修订)

身份证号码														一寸照片	
姓名												主检医师意见：          签名：			
性别	出生年月														
既往病史	1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他： _____ 受检者确认签字： _____														
眼科	裸眼视力	右：	矫正视力		右：矫正度数		检查者		医师意见：       签名：						
		左：			左：矫正度数										
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查： _____ 色觉检查图名称： _____ 单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) 红( ) 黄( ) 绿( ) 蓝( ) 紫( )						检查者							
	眼病														
内科	血压	/ kpa				检查者		医师意见：       签名：							
	发育情况				心脏及血管										
	呼吸系统				神经系统										
	腹部器官	肝		脾		肾									
	其它														
外科	身高	厘米		体重	千克		颈部	医师意见：       签名：							
	皮肤			面部			关节								
	脊柱			四肢			检查者								
	其它														
耳鼻喉	听力	左耳	米	右耳	米	检查者		医师意见：       签名：							
	嗅觉					检查者									
	耳鼻咽喉														
口腔科	唇腭					是否	医师意见：       签名：								
	牙齿	(齿缺失 _____ + _____)				口吃									
	其它														
胸部透视												医师签名：			
肝脏功能												体检结论	主检医师签名：  年 月 日 (医院盖章)		
主检医师意见：    签名：															

说明：1.“既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。2.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。