

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 | | | 检查者 | | | | | |
| | 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() | | | | | | | | | | | | |
| | 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。