

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号\_\_\_\_\_

|                             |               |  |            |            |            |                |  |  |      |
|-----------------------------|---------------|--|------------|------------|------------|----------------|--|--|------|
| 姓 名                         |               | 年 龄  |            | 性 别        |            | 照<br><br><br>片 |  |  |      |
| 民 族                         |               | 籍 贯  |            | 婚 否        |            |                |  |  |      |
| 现住所                         |               |  |            | 联 系<br>电 话 |            |                |  |  |      |
| 既 往 病 史<br>(本人如实填写)         |               | 1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病<br>5. 精神病      6. 其他 (请注明) _____<br>受检者确认签字: _____ |            |            |            |                |  |  |      |
| 五<br><br><br>官<br><br><br>科 | 裸 眼<br>视 力    | 左  | 矫 正<br>视 力 | 左          | 矫 正<br>度 数 | 左              | 医师意见<br>和签名<br><br>眼科<br><br><br>耳鼻喉科<br><br><br>口腔科 |  |      |
|                             |               | 右  |            | 右          |            | 右              |  |  |      |
|                             | 辨色力           |  |            | 眼病         |            |                |  |  |      |
|                             | 听 力           | 左耳   | 米          | 右耳         | 米          | 其他             |  |  |      |
|                             | 鼻             | 嗅觉   |            |            | 鼻及鼻窦       |                |  |  |      |
|                             | 面 部           |  |            | 咽 喉        |            |                |  |  |      |
|                             | 口 腔<br>唇 腭    |  |            | 齿          |            |                |  |  |      |
|                             | 其 他           |  |            |            |            |                |  |  |      |
| 内<br><br><br><br><br><br>科  | 血 压           |  | 毫 米 汞 柱    |            | 心 率        |                | 次 / 分钟   |  | 医师意见 |
|                             | 神 经 及 精 神     |  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             | 发 育 及 营 养 状 况 |  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             | 肺 及 呼 吸 道     |  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             | 心 脏 及 心 血 管   |  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             | 腹 部 器 官       | 肝  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             |               | 脾  |            |            |            |                |  |  |      |
|                             | 其 他           |  |            |            |            |                |  |  | 签名   |

|                        |  |    |     |    |      |
|------------------------|--|----|-----|----|------|
| 外科                     | 身高   | 厘米 | 体重  | 千克 | 医师意见 |
|                        | 淋巴   |    | 脊柱  |    |      |
|                        | 四肢   |    | 关节  |    |      |
|                        | 皮肤   |    | 颈部  |    |      |
|                        | 其他   |    |     |    |      |
| 胸片或<br>胸透              |  |    |     |    | 医师签名 |
| 心电图                    |  |    |     |    | 医师签名 |
| 化验<br>检查<br>(附化<br>验单) | 血常规  |    | ALT |    | 医师签名 |
|                        | 其他   |    |     |    |      |
| 体检<br>结论               | 负责医师签名：<br>年 月 日   |    |     |    |      |
| 体检<br>医院<br>意见         | (请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。)<br><br>(体检医院盖章)<br>年 月 日 |    |     |    |      |
| 备注                     | (进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)                              |    |     |    |      |