附件1：

湖北省中小学教师资格申请人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 请插入一寸电子登记照片（与系统注册照片为同一底板） |
| 籍贯 |  | 工 作单 位 |  | 联系电话 |  |
| 既 往 病 史本 人 如 实 填 写 | 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：  |
| 五官科 | 裸 眼视 力 | 右 | 矫 正视 力 | 右 | 矫 正度 数 | 右 | 签名 |
| 左 | 左 | 左 |
| 辩 色 力 |  | 签名 |
| 听 力 | 左 耳 米 | 右 耳 米 | 医师意见:签名 |
| 鼻 | 嗅 觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 牙齿 |  | 医师意见:签名 |
| 是否口吃 |  | 发音是否嘶哑 |  |
| 外科 | 身 高 |  公分 | 体 重 | 公斤 | 医师意见:签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 它 |  |
| 内科 | 营养状况 |  | 医师意见:签名 |
| 血 压 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 腹部器官 |  |
| 神经及精神 |  |
| 其它 |  |
| 化验检查 | 丙氨酸氨基转移酶（ALT） |  | 其 它 |  | 签名 |
| 心电图检查 |  | 签名 |
| 胸 部 透 视 |  | 签名 |
| 粘 贴 报 告 单 |
| 体检结论 |  负责医师签名: |
| 体检意见 | 体检医院公章年 月 日 |

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.本表适用于初中、小学教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。3.曾都区教师资格体检约定医院：随州市中医院（西城沿河大道花溪桥、区财政局斜对面）。4.请插入电子登记照片后用一张A4纸正反双面打印，带到中医院体检用。