

湖北省教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		一寸照片			
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							
	辨色力										签名		
	听力	左耳			米			右耳			米		医师意见:
	鼻	嗅觉						鼻及鼻窦					
	面部				咽喉							签名	
科	口腔唇腭				牙齿							医师意见:	
	是否口吃				发音是否嘶哑							签名	
	身高	公分			体重			公斤				医师意见:	
外科	淋巴				脊柱								
	四肢				关节								
	皮肤				颈部								
	其它										签名		
内科	营养状况										医师意见:		
	血压												
	心脏及血管												
	呼吸系统												
	腹部器官												
	神经及精神										签名		
化验检查	丙氨酸氨基转移酶(ALT)				其它							签名	
	其它												
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. 本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员; 3. 体检结论要填写合格或不合格结论, 并简要说明原因。