

附件3

海南省申请教师资格人员体检表

身份证明号：

签发机关：

姓名		年龄		性别		民族		一寸照片 (加盖医院公章)
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：_____							
眼科	裸眼 视力	右： 左：	矫正 视力	右：矫正度数 左：矫正度数				检查者：
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____						检查者：
	眼病	色觉检查图名称：_____						
内科	血压							检查者：
	发育情况			心脏及血管				检查者：
	呼吸系统			神经系统				
	腹部器官	肝：	脾：	肾：				
	其他							
外科	身高	厘米	体重	千克				检查者：
	皮肤		面部		颈部			检查者：
	脊柱		四肢		关节			
	其他							
耳鼻喉科	听力	左耳	米，右耳	米	嗅觉			检查者：
	耳鼻咽喉							检查者：
口腔科	唇腭				是否 口吃			检查者：
	牙齿	(齿缺失-----+-----)						
	其他							
胸部透视							检查者：	
肝功能检验	转氨酶：						检查者：	
体检 结论	主检医师签名：			体检医院 意见		体检医院盖章： 年 月 日		

注：1.体检医院为县级（含县级）以上医院；2.“既往病史”一栏，申请者必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，不符合教师资格认定条件，即使已认定，经查实仍将取消资格；3.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简要说明原因。