附件2

海南省申请教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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： | 矫正视力 | 右：矫正度数 | 检查者： |
| 左： | 左：矫正度数 |
| 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（   ） | 检查者： |
| 眼病 |   |
| 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 |   |
| 耳喉鼻科 | 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”一拦，申请人必须如实填写，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。