

山东省申请教师资格人员体格检查表

编 号																一寸照片
姓 名						手机号										
身份证号																
既往病史		肝炎						主检医师意见： 签名：								
		结核														
		皮肤病														
		性传播性疾病														
		精神病						本人签名：								
		其他														
眼科	裸眼视力		右：	矫正视力		右：矫正度数	检查者		医师意见： 签名：							
			左：			左：矫正度数										
	色觉检查		彩色图案及彩色数码检查：_____				检查者									
			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（ ）														
眼病																
内科	血压		/		kpa		检查者		医师意见： 签名：							
	发育情况				心脏及血管											
	呼吸系统				神经系统											
	腹部器官		肝		脾		肾									
	其它															
外科	身高		厘米		体重		千克		颈部 关节 检查者		医师意见： 签名：					
	皮肤				面部											
	脊柱				四肢											
	其它															
耳鼻喉	听力		左耳	米		右耳	米		检查者		医师意见： 签名：					
	嗅觉						检查者									
	耳鼻咽喉															
口腔科	唇腭						是否口吃		医师意见： 签名：							
	牙齿		（齿缺失_____+_____）													
	其它															
胸透	胸部透视						医师意见：		签名：							
	若胸透异常，则进行胸片检查		检查结果：				医师意见：		签名：							
肝功	肝脏功能						医师意见：		签名：							
	若转氨酶异常，需进一步明确诊断		检查结果：				医师意见：		签名：							
生殖科（仅限申请幼儿园教师资格认定人员）		淋球菌						主检医师意见： 签名：								
		梅毒螺旋体														
		妇 科	滴虫													
			外阴阴道假丝酵母菌													
体检结论		主检医师签名： 年 月 日（医院盖章）														