

附件 1

申请教师资格人员体检表（中小学）

身份证号码														一寸照片
姓名												主检医师意见：   签名：		
性别		出生年月												
既往病史	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		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：_____						医师意见：  签名：							
	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		医师意见：  签名：							
	皮肤			面部	关节									
	脊柱			四肢	检查者									
	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		医师意见：  签名：							
	牙齿	(齿缺失-----+-----)			口吃									
	其它													
胸部透视						医师签名：								
肝脏功能														
主检医师意见：  签名：				体检结论		主检医师签名：  年 月 日（医院盖章）								

说明：1. “既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，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. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。