

附件 4：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：												
	结核																
	皮肤病				签名：												
	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：										
		左：		左：矫正度数													
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____									检查者		签名：				
		色觉检查图名称：_____															
单色识别能力检查：（色觉异常者查此项）					检查者		签名：										
红（ ） 黄（ ） 绿（ ） 蓝（ ） 紫（ ）																	
眼病											检查者		医师意见：				
血压		/ kpa			检查者												签名：
发育情况				心脏及血管			医师意见：										
呼吸系统				神经系统													
腹部器官		肝 脾		肾		签名：											
其它																	
外科	身高		厘米		体重		千克		颈部		医师意见：						
	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：								
	嗅觉												检查者				
	耳鼻咽喉							签名：									
口腔科	唇腭												是否口吃		医师意见：		
	牙齿		（齿缺失-----+-----）														
	其它							签名：									
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：										
肝功能							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：										
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：											
		梅毒螺旋体															
		妇 科	滴虫														
			外阴阴道假丝酵母菌							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. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结