

# 湖北省中小学教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		一寸照片	
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:			
五官科	裸眼视力	右	矫正 视力	右	矫正 度数	右	签名				
		左		左		左					
	辩色力									签名	
	听力	左耳                      米			右耳                      米			医师意见:			
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦						
	面部				咽喉					签名	
	口腔唇腭				牙齿					医师意见:	
是否口吃				发音是否嘶哑					签名		
外科	身高	公分			体重		公斤			医师意见:	
	淋巴				脊柱						
	四肢				关节						
	皮肤				颈部						
	其它										签名
内科	营养状况										医师意见:
	血压										
	心脏及血管										
	呼吸系统										
	腹部器官										
	神经及精神										
其它										签名	
化验检查	丙氨酸氨基转移酶 (ALT)				其它					签名	

心电图检查		签名
胸部透视		签名
粘 贴 报 告 单		
体 检 结 论	负责医师签名:	
体 检 意 见	体检医院公章 年 月 日	

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.本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。