附件 4：

山东省申请教师资格人员体格检查表

<table>
<tr><td colspan="2">编　号</td><td colspan="11"></td><td rowspan="5">一寸照片</td></tr>
<tr><td colspan="2">姓　名</td><td colspan="4"></td><td>手机号</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身份证号</td><td colspan="14"></td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="6">既往病史</td><td>肝炎</td><td colspan="3"></td><td colspan="5" rowspan="4">主检医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>结核</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>皮肤病</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>性传播性疾病</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>精神病</td><td colspan="3"></td><td colspan="6" rowspan="2">本人签名：</td></tr>
<tr><td>其他</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">眼科</td><td>裸眼视力</td><td>右：
左：</td><td colspan="2">矫正视力</td><td>右：矫正度数
左：矫正度数</td><td>检查者</td><td colspan="5" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>色觉检查</td><td colspan="4">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（　）</td><td>检查者</td></tr>
<tr><td>眼病</td><td colspan="4"></td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="5">内科</td><td>血压</td><td colspan="4">/　　kpa</td><td>检查者</td><td colspan="5" rowspan="5">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>发育情况</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">心脏及血管</td><td></td></tr>
<tr><td>呼吸系统</td><td colspan="2"></td><td colspan="2">神经系统</td><td></td></tr>
<tr><td>腹部器官</td><td colspan="4">肝　　脾　　肾</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">外科</td><td>身高</td><td>厘米</td><td>体重</td><td>千克</td><td>颈部</td><td></td><td colspan="5" rowspan="4">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>皮肤</td><td></td><td>面部</td><td></td><td>关节</td><td></td></tr>
<tr><td>脊柱</td><td></td><td>四肢</td><td></td><td colspan="2" rowspan="2">检查者</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">耳鼻喉</td><td>听力</td><td>左耳　　米</td><td>右耳　　米</td><td>检查者</td><td></td><td colspan="5" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>嗅觉</td><td colspan="2"></td><td>检查者</td><td></td></tr>
<tr><td>耳鼻咽喉</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">口腔科</td><td>唇腭</td><td colspan="3"></td><td colspan="2" rowspan="2">是否口吃</td><td></td><td colspan="5" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>牙齿</td><td colspan="3">（齿缺失————————+————————）</td><td></td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">胸透</td><td colspan="4">胸部透视</td><td colspan="2">医师意见：</td><td colspan="5">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">若胸透异常，则进行胸片检查</td><td colspan="2">检查结果：</td><td colspan="2">医师意见：</td><td colspan="5">签名：</td></tr>
<tr><td rowspan="2">肝功</td><td colspan="4">肝脏功能</td><td colspan="2">医师意见：</td><td colspan="5">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">若转氨酶异常，需进一步明确诊断</td><td colspan="2">检查结果：</td><td colspan="2">医师意见：</td><td colspan="5">签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="4">生殖科（仅限申请幼儿园教师资格认定人员）</td><td colspan="2">淋球菌</td><td colspan="6"></td><td colspan="5" rowspan="4">主检医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td colspan="2">梅毒螺旋体</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td rowspan="2">妇科</td><td>滴虫</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>外阴阴道假丝酵母菌</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="2">体检
结论</td><td colspan="14">主检医师签名：
年　　月　　日（医院盖章）</td></tr>
</table>

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、不合格两种结论，并简要说明原因。