

附件三（一张正反打印，完整填写，不留空缺）

湖北省教师资格申请人员体检表（十堰）

（适合申请中小学、中等专业学校、实习指导教师资格人员使用）

| | | | | | | | | | | |
|----------------|-------|---|----------|--------|----------|------|----|-----------------|--|------|
| 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 | | | | |
| | 辨色力 | 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： 签名 | | |
| 是否口吃 | | | | 发音是否嘶哑 | | | | | | |
| 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： 签名 | | |
| | 血压 | | | | | | | | | |
| | 心脏及血管 | | | | | | | | | |
| | 呼吸系统 | | | | | | | | | |
| | 腹部器官 | | | | | | | | | |
| | 神经及精神 | | | | | | | | | |
| 其它 | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|------------------|--------------------|--|----|--|----|
| 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。