

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号 _____

| | | | | | | | | |
|------------------|----------|---|----------|------|----------|------------|--|--|
| 姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 照 片 | | |
| 民族 | | 籍贯 | | 婚否 | | | | |
| 现住所 | | | | 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(请注明) _____ 受检者确认签字: _____ | | | | | | |
| 五官科 | 裸眼视力 | 左 | 矫正 视力 | 左 | 矫正 度数 | 左 | 医师意见 和签名 眼科 耳鼻喉科 口腔科 | |
| | | 右 | | 右 | | 右 | | |
| | 辨色力 | | | 眼病 | | | | |
| | 听力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | 其他 | | |
| | 鼻 | 嗅觉 | | | 鼻及鼻窦 | | | |
| | 面部 | | | 咽喉 | | | | |
| | 口腔 唇腭 | | | 齿 | | | | |
| 其他 | | | | | | | | |
| 内科 | 血压 | 毫米汞柱 | | 心率 | 次/分钟 | | 医师意见 | |
| | 神经及精神 | | | | | | | |
| | 发育及营养状况 | | | | | | | |
| | 肺及呼吸道 | | | | | | | |
| | 心脏及心血管 | | | | | | | |
| | 腹部器官 | 肝 | | | | | | |
| | | 脾 | | | | | | |
| 其他 | | | | | | 签名 | | |

| | | | | | |
|----------------|--|----|-----|----|------|
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 医师意见 |
| | 淋巴 | | 脊柱 | | |
| | 四肢 | | 关节 | | |
| | 皮肤 | | 颈部 | | |
| | 其他 | | | | 签名 |
| 胸片或胸透 | | | | | 医师签名 |
| 心电图 | | | | | 医师签名 |
| 化验检查 (附化验单) | 血常规 | | ALT | | 医师签名 |
| | 其他 | | | | |
| 体检结论 | <p style="text-align: center;">负责医师签名： 年 月 日</p> | | | | |
| 体检医院意见 | <p style="text-align: center;">(请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。)</p> <p style="text-align: center;">(体检医院盖章) 年 月 日</p> | | | | |
| 备注 | <p style="text-align: center;">(进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)</p> | | | | |