

# 江苏省中小学教师资格申请人员体检表

报名号\_\_\_\_\_

体检号\_\_\_\_\_

姓 名		年 龄		性 别		照   片		
认 定 机构		身 份 证 号 码		学 段				
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	左	矫 正	左	医师意见 和签名 眼科	
		右	视 力	右	度 数	右		
	辨色力			眼病			耳鼻喉科     口腔科	
	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      签名	
	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								

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
胸部透视					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	负责医师签名: 年 月 日				
体检医院意见	(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。)  (体检医院盖章) 年 月 日				
备注	(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。)				