

# 江苏省幼儿园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						
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	
		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			耳鼻喉科
	面 部				咽 喉			
	口腔唇腭				齿			口腔科
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
胸片 或 胸透					医师签名
心电图					医师签名
化验 检查 (附化 验单)	淋球菌		梅毒螺旋体		医师签名
	ALT		其他项目		
妇科 检查	滴 虫				医师签名
	外阴阴道假丝酵母菌 (念珠菌)				
体检 结论	<div>负责医师签名:</div> <div>年    月    日</div>				
体检 医院 意见	<div>(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。)</div> <div>(体检医院盖章)</div> <div>年    月    日</div>				
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。)				