

江苏省高等学校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		
		右		右		右			
	辨色力			眼病			耳鼻喉科		
	听 力	左耳 米	右耳 米	其他					
	鼻	嗅觉		鼻及鼻窦					
	面 部			咽 喉				口腔科	
	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	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。)				