

浙江省申请教师资格人员体格检查表

(2010年12月修订)

身份证号码														一寸照片
姓名												主检医师意见： 签名：		
性别		出生年月												
既往病史	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：_____														
眼科	裸眼视力	右：	矫正视力	右：矫正度数	检查者		医师意见： 签名：							
		左：		左：矫正度数										
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____				检查者								
眼病	色觉检查图名称：_____													
		单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) 红() 黄() 绿() 蓝() 紫()												
内科	血压	/ kpa			检查者		医师意见： 签名：							
	发育情况			心脏及血管										
	呼吸系统			神经系统										
	腹部器官	肝	脾	肾										
	其它													
外科	身高	厘米	体重	千克	颈部	医师意见： 签名：								
	皮肤		面部		关节									
	脊柱		四肢		检查者									
	其它													
耳鼻喉	听力	左耳	米	右耳	米	检查者	医师意见： 签名：							
	嗅觉				检查者									
	耳鼻咽喉													
口腔科	唇腭				是否	医师意见： 签名：								
	牙齿	(齿缺失-----+-----)			口吃									
	其它													
胸部透视							医师签名：							
肝脏功能					体检结论	主检医师签名： 年 月 日 (医院盖章)								
主检医师意见： 签名：														

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. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。