

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		
		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		
	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
胸部透视 (胸片)	(注: 对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查)				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。)				