

# 江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

体检号 \_\_\_\_\_

|                  |         |   |      |      |      |                   |      |
|------------------|---------|---|------|------|------|-------------------|------|
| 姓名               |         | 年龄  |      | 性别   |      | 照<br><br><br>片    |      |
| 民族               |         | 籍贯  |      | 婚否   |      |                   |      |
| 现住所              |         |   |      | 联系电话 |      |                   |      |
| 既往病史<br>(本人如实填写) |         | 1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病<br>5. 精神病    6. 其他(请注明) _____<br>受检者确认签字: _____ |      |      |      |                   |      |
| 五官科              | 裸眼视力    | 左   | 矫正视力 | 左    | 矫正度数 | 医师意见<br>和签名<br>眼科 |      |
|                  |         | 右   |      | 右    |      |                   |      |
|                  | 辨色力     |   |      | 眼病   |      |                   |      |
|                  | 听力      | 左耳  | 米    | 右耳   | 米    | 其他                | 耳鼻喉科 |
|                  | 鼻       | 嗅觉  |      |      | 鼻及鼻窦 |                   |      |
|                  | 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<br>(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         | 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<br>(念珠菌)  |    |       |    |      |
| 体检结论         | 负责医师签名:<br>年 月 日  |    |       |    |      |
| 体检医院<br>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。)<br><br>体检医院(盖章)<br>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。)                             |    |       |    |      |