

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															
姓名												一寸照片			
性别		出生年月												主检医师意见： 签名：	
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								
	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()														
	眼病														
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														
耳鼻咽喉	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：					
肝功能										体检结论					
主检医师意见： 签名：															
										主检医师签名： 年 月 日 (医院盖章)					

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。