

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： _____ 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()					检查者							
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。