

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			检查者					
	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()													
	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。