**江苏省教师资格申请人员体检表**

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 婚否 |  | 民族 |  | 照 片 |
| 籍贯 |  | 现住所 |  | 联系电话 |  |
| 既往病史（本人如实填写） |  |
| 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耳鼻喉科口腔科 |
| 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 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 它 |  |
| 外 科 | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见、签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 它 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 内 科 | 血 压 |  毫米汞柱 | 医师意见、签名 |
| 心 率 |  次/分钟 |
| 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 |  |
| 胸部透视 |  医师签名： |
| 化验检查 |  医师签名： |
| 体检结论 | 负责医师签名： 年 月 日 |
| 体检医院意 见 |  体检医院盖章 年 月 日 |
| 备 注 |  |

**江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表**

 编号：

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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耳鼻喉科口腔科 |
| 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 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 他 |  |
| **内 科** | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率 | 次/分钟 | 医师意见签名 |
| 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 |  |
| **外 科** | 身 高 |  厘米 | 体 重 |  千克 | 医师意见签名 |
| 淋 巴 |  | 脊 柱 |  |
| 四 肢 |  | 关 节 |  |
| 皮 肤 |  | 颈 部 |  |
| 其 他 |  |
| **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 |
| **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（念珠菌） |  |
| **体检结论** | 负责医师签名： 年 月 日 |
| **体检医院****意 见** |   （体检医院盖章） 年 月 日 |
| **备 注** |  |