

# 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：_____				检查者							
		色觉检查图名称：_____											
眼病		单色识别能力检查：(色觉异常者查此项)											
		红( ) 黄( ) 绿( ) 蓝( ) 紫( )											
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。