

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

体检号 _____

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		
		右		右		右			
	辨色力			眼病					
	听力	左耳	米	右耳	米	其他			耳鼻喉科
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦				
	面部			咽喉					
	口腔唇腭			齿				口腔科	
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
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		
	其他				签名
胸部透视					医师签名
化验检查					医师签名
体检结论	<p style="text-align: right;">负责医师签名： 年 月 日</p>				
体检医院意见	<p style="text-align: right;">(体检医院盖章) 年 月 日</p>				
备注					

