附件1

申请教师资格人员体检表（中小学、中职）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |   | 是否口吃 |   | 医师意见： 签名： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） |
| 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。