

江苏省高等学校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	医师意见 和签名 眼科	
		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	
	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						签名	

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					

