

# 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<br><br>片 |  |  |
| 民族               |          | 籍贯   |          | 婚否   |          |            |  |  |
| 现住所              |          |  |          | 联系电话 |          |            |  |  |
| 既往病史<br>(本人如实填写) |          | 1. 肝炎      2. 结核      3. 皮肤病      4. 性传播性疾病<br>5. 精神病    6. 其他 (请注明) _____<br>受检者确认签字: _____ |          |      |          |            |  |  |
| 五官科              | 裸眼视力     | 左  | 矫正<br>视力 | 左    | 矫正<br>度数 | 左          | 医师意见<br>和签名<br><br>眼科<br><br>耳鼻喉科<br><br>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<br>唇腭 |  |          | 齿    |          |            |  |  |
| 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   |
| 胸片或胸透          |  |    |     |    | 医师签名 |
| 心电图            |  |    |     |    | 医师签名 |
| 化验检查<br>(附化验单) | 血常规  |    | ALT |    | 医师签名 |
|                | 其他   |    |     |    |      |
| 体检结论           | <p style="text-align: center;">负责医师签名：<br/>年 月 日</p>   |    |     |    |      |
| 体检医院意见         | <p style="text-align: center;">(请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。)</p> <p style="text-align: center;">(体检医院盖章)<br/>年 月 日</p> |    |     |    |      |
| 备注             | <p style="text-align: center;">(进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。)</p>   |    |     |    |      |