

附件 4: 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: _____ 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													
耳鼻咽喉	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。