

江苏省幼儿园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 | | | | 口腔科 | |
| | 口腔唇腭 | | | 齿 | | | | | |
| 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 | | | | |
| 胸片 或 胸透 | (注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查) | | | | 医师签名 |
| 心电图 | | | | | 医师签名 |
| 化验 检查 (附化 验单) | 淋球菌 | | 梅毒螺旋体 | | 医师签名 |
| | ALT | | 其他项目 | | |
| 妇科 检查 | 滴虫 | | | | 医师签名 |
| | 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | |
| 体检 结论 | 负责医师签名： 年 月 日 | | | | |
| 体检 医院 意见 | (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。) (体检医院盖章) 年 月 日 | | | | |
| 备注 | (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。) | | | | |