

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 耳鼻喉科 口腔科	
		右		右		右		
	辨色力			眼病				
	听 力	左 米	耳	右耳	米	其他		
	鼻	嗅 觉			鼻及鼻窦			
	面 部			咽 喉				
	口腔唇腭			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	(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	<p style="text-align: right;">负责医师签名： 年 月 日</p>				
体检 医院 意见	<p>(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;">该同志符合(不符合)江苏省教师资格认定体检标准，体检合格(不合格)。</p> <p style="text-align: right;">(体检医院盖章) 年 月 日</p>				
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。)				