

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	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		
		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 (附化验单)	血常规		ALT		医师签名
	其他				
体检结论	<div>负责医师签名： <div>年 月 日</div></div>				
体检医院意见	<div>(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。)</div> <div>(体检医院盖章) 年 月 日</div>				
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。)				