

附件3-3

广东省教师资格申请人员体格检查表
(2013 年修订)

_____市_____县(区) 申请资格种类 _____

姓 名		性别		年龄		民族		贴 相 片 处
籍 贯		身份证号码						
工作单位				职 业				
通讯地址				联系电话				
既往病史 (项目见 说明)	本人签名: _____							
(以上空白处由申请人如实填写)								
五官科	裸眼视力	右	矫正	右	矫正	右	医师意见: 签名: _____	
		左	视力	左	度数	左		
	辨色力			眼病				
	听力	左耳	米	右耳	米			
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦			
	面部			咽喉				
	口腔唇腭			齿				
其他								
外科	身高	厘米		体重		千克	医师意见: 签名: _____	
	淋巴			脊柱				
	四肢			关节				
	皮肤			颈部				
	其他							

内科	血压				医师意见:	
	营养状况					
	心脏及血管					
	呼吸系统					
	神经系统					
	腹部器官	肝			签名:	
		脾				
其他						
化验检查 (附化验单)	血常规		肝功五项 (谷草、谷丙转氨酶、 胆红素三项)		肾功三项	
	血糖		类风湿因子		尿常规	
仅限申请 幼儿教师 资格	淋球菌				医师意见:	
	梅毒螺旋体					
	妇科 检查	滴虫			签名:	
		念球菌				
胸部DR		医师签名:				
体检结论		主检医生签名: 年 月 日				
体检医院 意 见		体检医院 盖章 年 月 日				

说明：既往病史指心脏病、肝炎、哮喘、精神病、癫痫、结核、皮肤病、性传播性疾病等病史。
本人应如实填写患病时间、治愈等情况，否则后果自负

