**教师资格申请人员体格检查表**

     \_\_\_\_\_\_\_\_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 | 传染病 |  |
| 心理及精神病史 |  |
| 其他 |  |
| （以上空白处由申请人如实填写） |
| 五官科 | 裸眼视力 | 右 | 矫正视力 | 右 | 矫正度数 | 右 | 医师意见：签名： |
| 左 | 左 | 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：签名： |
| 营养状况 |  |
| 心脏及血管 |  |
| 呼吸系统 |  |
| 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝 |  |
| 脾 |  |
| 其他 |  |
| 化验检查 （附化验单据） | 血常规 |  | 肝功能 |  | 尿常规 |  |
| 胸部透视 |  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 |