

# 浙江省申请教师资格人员体格检查表

(2010年12月修订)

身份证号码														一寸照片	
姓名												主检医师意见：  签名：			
性别		出生年月													
既往病史	1.肝炎 2.结核 3.皮肤病 4.性传播性疾病 5.精神病 6.其他：_____														
眼科	裸眼视力	右：	矫正视力		右：矫正度数		检查者		医师意见：  签名：						
		左：			左：矫正度数										
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查：_____						检查者							
	色觉检查图名称：_____														
	单色识别能力检查：(色觉异常者查此项) 红( ) 黄( ) 绿( ) 蓝( ) 紫( )														
	眼病														
内科	血压	/ kpa				检查者				医师意见：  签名：					
	发育情况					心脏及血管									
	呼吸系统					神经系统									
	腹部器官	肝 脾 肾													
	其它														
外科	身高	厘米		体重		千克		颈部		医师意见：  签名：					
	皮肤			面部				关节							
	脊柱			四肢				检查者							
	其它														
耳鼻喉	听力	左耳	米		右耳	米		检查者		医师意见：  签名：					
	嗅觉					检查者									
	耳鼻咽喉														
口腔科	唇腭					是否		医师意见：  签名：							
	牙齿	(齿缺失-----+-----)				口吃									
	其它														
胸部透视										医师签名：					
肝脏功能											体检结论	主检医师签名：  年 月 日 (医院盖章)			
主检医师意见：  签名：															

说明：1. “既往病史”一栏，申请人必须如实填写，如发现有隐瞒严重病史，不符合认定条件者，即使取得资格，一经发现收回认定资格。  
 2. 主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简单说明原因。