

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																					
姓 名										主检医师意见： 签名：						一寸照片					
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：_____ 受检者确认签字：_____																				
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：_____ 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（ ）								检查者										
	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													
主检医师意见： 签名：									主检医师签名： 年 月 日（医院盖章）												

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。

浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表

(2010年12月制订)

身份证号码																						一寸照片									
姓 名												主检医师意见：																			
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：_____ 受检者确认签字：_____										签名：																				
眼 科	裸眼视力	右：		矫正视力		右：矫正度数		左：矫正度数		检查者		医师意见：																			
		左：																													
	色觉检查	彩色图案及彩色数码检查： 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（ ）																				检查者									
	眼病																														
内 科	血压	/ kpa										检查者		医师意见：																	
	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：																			
	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：																					
	嗅觉																			检查者											
	耳鼻咽喉																														
口 腔 科	唇腭											是否				医师意见：															
	牙齿	(齿缺失-----+-----)										口吃																			
	其它																														
胸部透视																						医师签名：									
化 验 检 查	丙氨酸氨基转移酶(ALT)												滴虫												检查者						
	淋球菌												梅毒螺旋体																		
	外阴阴道假丝酵母菌(念珠菌)												其他																		
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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。

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。