附件

海南省申请教师资格人员体检表

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓名 |  | 年龄 |  | 性别 |  | 民族 |  | 一寸照片（加盖医院公章） |
| 籍贯 |  | 工作单位 |  | 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： |
| 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 |  | 检查者： |
| 发育情况 |  | 心脏及血管 |  | 检查者： |
| 呼吸系统 |  | 神经系统 |  |
| 腹部器官 | 肝： 脾： 肾： |
| 其他 |  |
| 外科 | 身高 | 厘米 | 体重 | 千克 | 检查者： |
| 皮肤 |  | 面部 |  | 颈部 |  | 检查者： |
| 脊柱 |  | 四肢 |  | 关节 |  |
| 其他 |  |
| 耳喉鼻科 | 听力 | 左耳 米，右耳 米 | 嗅觉 |  | 检查者： |
| 耳鼻咽喉 |  | 检查者： |
| 口腔科 | 唇腭 |  | 是否口吃 |  | 检查者： |
| 牙齿 | （齿缺失——————+——————） |
| 其他 |  |
| 胸部透视 |  | 检查者： |
| 肝功能检验 | 转氨酶： | 检查者： |
| 体检结论 | 主检医师签名： | 体检医院意见 | 体检医院盖章：年 月 日 |

注：1.体检医院为县级（含县级）以上医院；2.“既往病史”一拦，申请人必须如实填写，如发现隐瞒严重病史，不符合教师资格认定条件，即使已认定，经查实仍将取消资格；3.主检医师作体检结论要填写合格、不合格两种结论，并简要说明原因。