

附件 3:

山东省申请教师资格人员体格检查表

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------------------|--|------|----|---------|-------|-----|-------|---------|---------|-----|---------|--|--------------|--|------|--|--|--|--|
| 编 号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 姓 名 | | | | | | | | | | | | 手机号 | | | | | | | | |
| 身份证号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 既往病史 | | 肝炎 | | | | | | | | 主检医师意见: | | | | | | 一寸照片 | | | | |
| | | 结核 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 皮肤病 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 性传播性疾病 | | | | | | | | 签名: | | | | | | | | | | |
| | | 精神病 | | | | | | | | 本人签名: | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | | | | | | | | |
| | | 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 | | | 签名: | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | 签名: | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | 签名: | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | 签名: | | | | | | | | |
| 口腔科 | 唇腭 | | | | | | | 是否口吃 | | 医师意见: | | | | | | | | | | |
| | 牙齿 | (齿缺失-----+-----) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 其它 | | | | | | | | | | | 签名: | | | | | | | | |
| 胸透 | 胸部透视 | | | | | | | 医师意见: | | 签名: | | | | | | | | | | |
| | 若胸透异常, 则进行胸片检查 | | | | | 检查结果: | | 医师意见: | | 签名: | | | | | | | | | | |
| 肝功 | 肝脏功能 | | | | | | | 医师意见: | | 签名: | | | | | | | | | | |
| | 若转氨酶异常, 需进一步明确诊断 | | | | | 检查结果: | | 医师意见: | | 签名: | | | | | | | | | | |
| 生殖科 (仅限申请幼儿园教师资格认定人员) | 淋球菌 | | | | | | | | 主检医师意见: | | | | | | | | | | | |
| | 梅毒螺旋体 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 妇 | 滴虫 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 科 | 外阴阴道假丝酵母菌 | | | | | | | | 签名: | | | | | | | | | | |
| 体检结论 | | | | | | | | | | | | 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, 并简要说明原因。