

## 江苏省幼儿园教师资格申请人员体检表

报名号 \_\_\_\_\_

姓名		年龄		性别		照  片	
民族		籍贯		婚否			
现住所				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(请注明) _____ 受检者确认签字: _____					
五官科	裸眼视力	左	矫正	左	矫正	左	医师意见 和签名 眼科
		右	视力	右	度数	右	
	辨色力			眼病			
	听力	左耳	米	右耳	米	其他	耳鼻喉科
	鼻	嗅觉			鼻及鼻窦		
	面部			咽喉			口腔科
	口腔唇腭			齿			
其他							
内科	血压	毫米汞柱		心率	次/分钟		医师意见  签名
	神经及精神						
	发育及营养状况						
	肺及呼吸道						
	心脏及心血管						
	腹部器官	肝					
		脾					
B超			心电图			医师签名	

(常州经开区)

外科	身高	厘米	体重	千克	医师意见
	淋巴		脊柱		
	四肢		关节		
	皮肤		颈部		
	其他				签名
胸部透视 (胸片)					医师签名
妇科检查	滴虫				医师签名
	外阴阴道假丝酵母菌 (念珠菌)				
化验检查	淋球菌		梅毒螺旋体		医师签名
	ALT		其他项目		
体检结论	负责医师签名： 年 月 日				
体检医院 意见	(体检医院盖章) 年 月 日				
备注					

(表格请正反面打印在一张 A4 纸上)