

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

报名号_____

| | | | | | | | | | | |
|------------------|---------|-----|----------|-----|----------|------|---------|---------|------|-----|
| 姓名 | | 年龄 | | 性别 | | 婚否 | | 民族 | | 照 片 |
| 籍贯 | | 现住所 | | | | 联系电话 | | | | |
| 既往病史 (本人如实填写) | | | | | | | | | | |
| 五官科 | 裸 眼 视 力 | 左 | 矫正 视力 | 左 | 矫正 度数 | 左 | 医师意见和签名 | | | |
| | | 右 | | 右 | | 右 | | | | |
| | 辨色力 | | | 眼 病 | | | | 眼科 | | |
| | 听 力 | 左耳 | 米 | 右耳 | 米 | 其他 | | | 耳鼻喉科 | |
| | 鼻 | 嗅 觉 | | | 鼻及鼻窦 | | | | 耳鼻喉科 | |
| | 面 部 | | | 咽 喉 | | | | 口腔科 | | |
| | 口腔唇腭 | | | 齿 | | | | 口腔科 | | |
| 其 它 | | | | | | | | | | |
| 外科 | 身 高 | 厘米 | | 体 重 | 千克 | | | 医师意见、签名 | | |
| | 淋 巴 | | | 脊 柱 | | | | | | |
| | 四 肢 | | | 关 节 | | | | | | |
| | 皮 肤 | | | 颈 部 | | | | | | |
| | 其 它 | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|----------|------------------|---|--|------|---------|--|
| 内科 | 血 压 | | | 毫米汞柱 | 医师意见、签名 | |
| | 心 率 | | | 次/分钟 | | |
| | 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 | | | | |
| | 其它 | | | | | |
| 胸部透视(胸片) | 医师签名: | | | | | |
| B超 | 医师签名: | | | | | |
| 心电图 | 医师签名: | | | | | |
| 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)