学院：_____专业：_____班级：____联系电话：_____ 学号：_____**体检编号：**_____

浙江省申请教师资格人员体格检查表（浙师大本科 1）

<table>
<tr><td colspan="2">身份证号码</td><td colspan="18"></td><td rowspan="3">贴照片处（两寸，并加盖公章）</td></tr>
<tr><td colspan="2">姓　名</td><td colspan="6"></td><td colspan="12" rowspan="2">主检医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>性别</td><td></td><td colspan="2">出生年月</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>既往病史</td><td colspan="5">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：_____</td><td colspan="13"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">眼科</td><td>裸眼视力</td><td>右：</td><td colspan="2">矫正视力</td><td colspan="3">右：矫正度数</td><td colspan="3">检查者</td><td colspan="6" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td></td><td>左：</td><td colspan="2"></td><td colspan="3">左：矫正度数</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>色觉检查</td><td colspan="6">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（ ）</td><td colspan="3">检查者</td></tr>
<tr><td></td><td>眼病</td><td colspan="6"></td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="5">内科</td><td>血压</td><td colspan="5">/ kpa</td><td colspan="3">检查者</td><td colspan="6" rowspan="5">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>发育情况</td><td colspan="3"></td><td>心脏及血管</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>呼吸系统</td><td colspan="3"></td><td>神经系统</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>腹部器官</td><td colspan="8">肝　　脾　　肾</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">外科</td><td>身高</td><td>厘米</td><td>体重</td><td>千克</td><td>颈部</td><td colspan="2"></td><td colspan="6" rowspan="4">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>皮肤</td><td></td><td>面部</td><td></td><td>关节</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td>脊柱</td><td></td><td>四肢</td><td></td><td colspan="3" rowspan="2">检查者</td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">耳鼻喉</td><td>听力</td><td colspan="2">左耳　　米</td><td colspan="2">右耳　　米</td><td>检查者</td><td colspan="3"></td><td colspan="6" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>嗅觉</td><td colspan="4"></td><td>检查者</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>耳鼻咽喉</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">口腔科</td><td>唇腭</td><td colspan="5"></td><td>是否口吃</td><td colspan="3"></td><td colspan="6" rowspan="3">医师意见：

签名：</td></tr>
<tr><td>牙齿</td><td colspan="5">（齿缺失————————+————————）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>其它</td><td colspan="8"></td></tr>
<tr><td colspan="18">胸部透视　　医师签名：</td></tr>
<tr><td>肝脏功能</td><td colspan="7"></td><td rowspan="2">体检结论</td><td colspan="10" rowspan="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。

主检医师签名：
年　月　日（医院盖章）</td></tr>
<tr><td colspan="8">主检医师意见：

签名：</td></tr>
</table>

注意事项：

1．本体检表为申请在金华市教育局认定高中和中职类教师资格的浙江师范大学 2019 届师范类毕业班学生专用。

2．必须在指定医院、指定时间内一次性完成所有体检项目，否则体检结论不予认可。

3．“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。

4．体检表须粘贴本人近照，审核照片与体检本人一致并统一加盖公章。

5．体检所有项目结束后经导诊人员确认后方可离开，体检表交导医人员，不得自行带走。

6．体检表由教师资格认定机构归档保存，不退还本人。

7．因体检人数多，体检仪器和场地有限，体检同学须注意安全、严格按日程表自觉有序参加体检，不得交叉、混杂，且注意交通安全等。

已知悉以上注意事项并承诺所有项目由申请人本人参加。　签　名：_____