

湖北省中小学教师资格申请人员体检表

姓名		年龄		性别		婚否		民族		一寸照片		
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 <div style="text-align: right; margin-top: 5px;">受检者确认签字:</div>										
五官科	裸眼视力	右	矫正	右	矫正	右				签名		
		左	视力	左	度数	左				签名		
	辨色力										签名	
	听力	左耳 米			右耳 米							医师意见:
	鼻	嗅觉				鼻及鼻窦					签名	
	面部				咽喉						签名	
	口腔唇腭				牙齿						医师意见:	
是否口吃				发音是否嘶哑						签名		
外科	身高	公分			体重		公斤				医师意见:	
	淋巴				脊柱						签名	
	四肢				关节							
	皮肤				颈部							
	其它											
内科	营养状况										医师意见:	
	血压											
	心脏及血管											
	呼吸系统											
	腹部器官											
	神经及精神										签名	
其它												
化验检查	丙氨酸氨基转移酶 (ALT)				其它					签名		

心电图检查		签名
胸部透视		签名
粘 贴 报 告 单		
体检结论	负责医师签名:	
体检意见	体检医院公章 年 月 日	

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.本表适用于除幼儿园类别以外其他类别教师资格申请人员；3.体检结论要填写合格或不合格结论，并简要说明原因。