**联系电话: 教师资格种类：幼儿园 体检号：**

**浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表（浙师大研究生）**

**（2010年12月制定）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身份证号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **二寸照片** |
| **姓 名** |  | **主检医师意见：****签名：** |
| **性别** |  | **出生年月** |  |
| **既往****病史** | **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：**  |
| **眼科** | **裸眼视力** | **右：** | **矫正视力** | **右：矫正度数** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **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** |
| **眼病** |  |
| **内科** | **血压** | **/ mmHg** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **发育情况** |  | **心脏及血管** |  |
| **呼吸系统** |  | **神经系统** |  |
| **腹部器官** | **肝 脾 肾** |
| **其它** |  |
| **外科** | **身高** |  **厘米** | **体重** | **千克** | **颈部** |  | **医师意见：****签名：** |
| **皮肤** |  | **面部** |  | **关节** |  |
| **脊柱** |  | **四肢** |  | **检查者** |
| **其它** |  |
| **耳鼻喉** | **听力** | **左耳 米** | **右耳 米** | **检查者** |  | **医师意见：****签名：** |
| **嗅觉** |  | **检查者** |  |
| **耳鼻咽喉** |  |
| **口腔科** | **唇腭** |  | **是否口吃** |  | **医师意见：****签名：** |
| **牙齿** | **（齿缺失——————+——————）** |
| **其它** |  |
| **胸部透视 医师签名：** |
| **化验检查** | **丙氨酸氨基转移酶(ALT)** |  | **滴虫** |  | **检查者** |
| **淋球菌** |  | **梅毒螺旋体** |  |
| **外阴阴道假丝酵母菌（念珠菌）** |  | **其他** |  |
| **肝脏功能** |  | **体检结论** | **主检医师签名：****年 月 日（医院盖章）** |
| **主检医师意见：****签名：** |

**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。滴虫、外阴阴道假丝酵母菌指妇科检查项目。**

1. **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。**

**联系电话: 教师资格种类：小学 体检号：**

**浙江省申请教师资格人员体格检查表（浙师大研究生）**

**（2010年12月修订）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身份证号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **二寸照片** |
| **姓 名** |  | **主检医师意见：****签名：** |
| **性别** |  | **出生年月** |  |
| **既往病史** | **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：**  |
| **眼科** | **裸眼视力** | **右：** | **矫正视力** | **右：矫正度数** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **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** |
| **眼病** |  |
| **内科** | **血压** | **/ mmHg** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **发育情况** |  | **心脏及血管** |  |
| **呼吸系统** |  | **神经系统** |  |
| **腹部器官** | **肝 脾 肾** |
| **其它** |  |
| **外科** | **身高** | **厘米** | **体重** | **千克** | **颈部** |  | **医师意见：****签名：** |
| **皮肤** |  | **面部** |  | **关节** |  |
| **脊柱** |  | **四肢** |  | **检查者** |
| **其它** |  |
| **耳鼻喉** | **听力** | **左耳 米** | **右耳 米** | **检查者** |  | **医师意见：****签名：** |
| **嗅觉** |  | **检查者** |  |
| **耳鼻咽喉** |  |
| **口腔科** | **唇腭** |  | **是否口吃** |  | **医师意见：****签名：** |
| **牙齿** | **（齿缺失——————+——————）** |
| **其它** |  |
| **胸部透视 医师签名：** |
| **肝脏功能** |  | **体检结论** | **主检医师签名：****年 月 日（医院盖章）** |
| **主检医师意见：****签名：** |

**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，并简单说明原因。**

**联系电话: 教师资格种类：初中 体检号：**

**浙江省申请教师资格人员体格检查表（浙师大研究生）**

**（2010年12月修订）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **身份证号码** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **二寸照片** |
| **姓 名** |  | **主检医师意见：****签名：** |
| **性别** |  | **出生年月** |  |
| **既往病史** | **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：**  |
| **眼科** | **裸眼视力** | **右：** | **矫正视力** | **右：矫正度数** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **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** |
| **眼病** |  |
| **内科** | **血压** | **/ mmHg** | **检查者** | **医师意见：****签名：** |
| **发育情况** |  | **心脏及血管** |  |
| **呼吸系统** |  | **神经系统** |  |
| **腹部器官** | **肝 脾 肾** |
| **其它** |  |
| **外科** | **身高** | **厘米** | **体重** | **千克** | **颈部** |  | **医师意见：****签名：** |
| **皮肤** |  | **面部** |  | **关节** |  |
| **脊柱** |  | **四肢** |  | **检查者** |
| **其它** |  |
| **耳鼻喉** | **听力** | **左耳 米** | **右耳 米** | **检查者** |  | **医师意见：****签名：** |
| **嗅觉** |  | **检查者** |  |
| **耳鼻咽喉** |  |
| **口腔科** | **唇腭** |  | **是否口吃** |  | **医师意见：****签名：** |
| **牙齿** | **（齿缺失——————+——————）** |
| **其它** |  |
| **胸部透视 医师签名：** |
| **肝脏功能** |  | **体检结论** | **主检医师签名：****年 月 日（医院盖章）** |
| **主检医师意见：****签名：** |

**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，并简单说明原因。**