

# 浙江省申请教师资格人员体格检查表

(幼儿园适用)

做证照片粘贴处  
(与网报相同照片)

所属区、县(市): \_\_\_\_\_

手机号: \_\_\_\_\_

身份证号码														
姓名												主检医师意见:  体检照片粘贴处 (网报相同照片)		
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	检查者										
	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 ( )												
	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							医师意见:  签名:	
	牙齿	(齿缺失 _____ + _____)				口吃								
	其它													
是否怀孕	1. 是 <input type="checkbox"/> 2. 否 <input type="checkbox"/>											受检者确认签字: _____		
胸透检查		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				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。受检者需粘贴网报同一底版的照片。  
2. “是否怀孕”一栏, 在认定体检时, 经指定体检医院医生现场确认已怀孕的, 可以免做胸透检查。申请人自带怀孕证明的, 不予认可。备孕和哺乳期的人员一律不免检胸透。  
3. 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。其中对怀孕免检胸透检查的情况, 请主检医师在“胸透检查”一栏, 填写“**免检**”结论。