

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

编号 _____

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							
	鼻	嗅 觉			鼻及鼻窦						耳鼻喉科		
	面 部			咽 喉									
	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 他												

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 他					
胸部透视				医师签名:	
心电图				医师签名:	
B 超肝胆脾胰				医师签名:	
化验检查				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					