附件2

**浙江省申请教师资格人员体格检查表**

(2010年12月修订)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸照片 |
| 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 | 左： | 矫正视力 | 左：矫正度数 | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 右： | 右：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 | / Kpa | 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。

 **浙江省申请幼儿园教师资格人员体格检查表**

(2010年12月制定)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 身份证号码 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 一寸照片 |
| 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 | 左： | 矫正视力 | 左：矫正度数 | 检查者 | 医师意见：签名： |
| 右： | 右：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 | / Kpa | 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。

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。