附件2

江苏省中小学教师资格申请人员体检表

 体检号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 姓 名 |  | 年 龄 |   | 性 别 |  | 照片 |
| 民 族 |  | 籍 贯 |  | 婚 否 |  |
| 现住所 |  | 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（请注明）  受检者确认签字：  |
| 五 官 科 | 裸 眼视 力 | 左 | 矫 正视 力 | 左 | 矫 正度 数 | 左 | 医师意见和签名眼科耳鼻喉科口腔科 |
| 右 | 右 | 右 |
| 辨色力 |  | 眼病 |  |
| 听 力 | 左耳 米 | 右耳 米 | 其他 |  |
| 鼻 | 嗅觉 |  | 鼻及鼻窦 |  |
| 面 部 |  | 咽 喉 |  |
| 口腔唇腭 |  | 齿 |  |
| 其 他 |  |
| 内 科 | 血 压 | 毫米汞柱 | 心 率 | 次/分钟 | 医师意见签名 |
| 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 |  |
| 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 |  |
| 胸片或胸透 | （注：对出现呼吸系统疑似症状者须进行胸片项目检查）  | 医师签名 |
| 心电图 |  | 医师签名 |
| 化验检查(附化验单) | 血常规 |  | ALT |  | 医师签名 |
| 其他 |  |
| 体检结论 | 负责医师签名： 年 月 日 |
| 体检医院意见 |  （请体检医院根据《江苏省教师资格认定体检标准》明确作出合格或不合格结论，不合格的需注明原因。）                                                  （体检医院盖章） 年 月 日 |
| 备注 | （进行复检人员需在此注明复检项目和结果，体检医院据此作出是否合格结论，并加盖医院章。） |